

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої
щелепно-лицевої хірургії та імплантології

СЯЙВО ПОСМІШКИ

Збірник наукових праць
науково-практичної стоматологічної конференції
у рамках конкурсу

(м. Харків - 20 листопада 2015 р.)

Харків

2015

УДК 616.31(062.552)
ББК 56.6
С99

Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 11 від 19 листопада 2015 р.

За редакцією проф. В.М. Лісового

Редакційна колегія: проф. Р.С. Назарян,
Н.В. Волченко, О.С. Огурцов

Сяйво посмішки: зб. наук. праць наук.-практ. стомат.
конф. у рамках конкурсу (м. Харків, 20 листоп. 2015 р.) /
за ред. В.М. Лісового; ред.кол.: проф. Р.С. Назарян, Н.В.
Волченко, О.С. Огурцов. – Харків, 2015. – 160с.

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

За підтримки:
Громадської організації «Стоматолог»;
Асоціації приватно практикуючих лікарів-стоматологів
України;
Colgate-Palmolive Ukraine.

Абрикосова А. С., Емельянова Н.Ю.

**ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА В ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА:
ЗА И ПРОТИВ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Сегодня жевательную резинку производят сто пятнадцать компаний по всему миру. Ежегодно они выпускают четыре триллиона пачек, а каждый из нас успевает за это время сжевать примерно триста подушечек и пластинок.

История жвачки насчитывает много веков. Древние греки жевали смолу мастичного дерева, племена майя – застывший сок гевеи, индейцы – живицу хвойных деревьев, а древние славяне – засохшую смолу лиственницы. Эти нехитрые дары природы выполняли роль первых стоматологов и средств гигиены: дезинфицировали полость рта и боролись с неприятным запахом.

В 1869 году предприимчивый американец Томас Адамс добавил к безвкусной смоле лакрицу, сахар, кукурузный сироп, и в магазинах Нью-Йорка появился «Черный Джек» (Black Jack) – так называлась первая в мире жевательная резинка.

Многие врачи утверждают, что сахар, который входит в состав жевательной резинки, приводит еще к большему развитию кариеса и его осложнений. Жевательная резинка без сахара остается сладкой за счет сахарозаменителей. К этой категории относят фруктозу, ксилит и сорбит. Большинство производителей жвачки без сахара активно используют сорбит.

Сорбит не участвует в метаболизме и практически не дает организму лишних калорий, но провоцирует сильное чувство голода. Производители неслучайно призывают жевать жвачку только после еды. Если «освежить дыхание» между приемами пищи, желудочный сок вызовет раздражение слизистой оболочки желудка и кишечника. Чем чаще так делать, тем больше риска получить хронический гастрит, колит и даже язву.

Многие производители жевательной резинки уверяют, что она нормализует Ph-баланс. Но, жевательная резинка сама по себе не является средством для снижения уровня Ph в полости рта. Во время жевания в первые 2-3 минуты активизируются слюнные железы, в которых содержится большое количество систем, балансирующих состояние полости рта. Когда человек жуёт жевательную резинку, происходит всего лишь самоочищение жевательных поверхностей. Кариес же появляется на межзубных, значит, говорить о борьбе жевательной резинки с кариесом можно только условно.

Стоматологи отмечают, что иногда жевательная резинка не только бесполезна, но и вредна. У некоторых людей чрезмерно развита жевательная мускулатура, вследствие чего повышена истираемость зубной эмали, и им противопоказано жевать жевательную резинку.

Также, если человек страдает от пародонтоза, имеет проблемы с подвижностью зубов, использует стоматологические конструкции, ему категорически нельзя использовать жевательную резинку, так как жевание жвачки может способствовать разрушению зубов.

Содержащиеся в жевательных резинках хлорофилл (E140) и бутилгидрокситолуол (E321) наравне с ментолом могут вызвать аллергические реакции. Лакрица (или солодка), которую добавляют в

некоторые жвачки, повышает уровень артериального давления и уменьшает количество калия в крови.

Постоянное жевание резинки может привести к перегрузке околозубных тканей. Это приводит к сдавливанию кровеносных сосудов в деснах, ухудшению кровообращения, чревато развитием воспалительных процессов — пародонтита и гингвита. Продолжительное жевание нагружает слюнные железы, заставляет их постоянно находиться в работе. Следствием этого служит то, что даже когда человек перестает жевать, слюна продолжает выделяться, появляется желание сплюнуть. Это, конечно, не очень эстетично.

Через некоторое время после того, как от постоянно жевания жвачки усилилось слюноотделение, начинается обратный процесс. Слюны становится всё меньше. А это крайне негативно сказывается на пищеварении в целом. Пища не получает необходимое количество жидкости и ферментов для её обработки, поступает в желудок большим твёрдым комком. Тут начинаются первые предпосылки к гастриту и язве.

Безусловно, в некоторых ситуациях жевательная резинка может принести пользу. Например, жвачка помогает при укачивании в транспорте, устраняя тошноту и рвоту. Жевание резинки в самолете и, как следствие, глотание слюны помогут при закладывании ушей.

Вполне приемлемо пожевать её после еды, чтобы немного очистить полость рта и освежить дыхание. Но нельзя считать этот метод единственно возможным. Почистить зубы зубной щеткой все же предпочтительнее.

Слюноотделение, которое усиливается при жевании, способствует самоочищению зубов, жевательные мышцы получают дополнительную тренировку, а массаж десен предотвращает пародонтит.

Качественно поставленной пломбе жвачка навредить не может. Но и злоупотреблять жвачкой не стоит. Достаточно 15-20 минут, чтобы освежить дыхание и насладиться её вкусом.

Нужно ли совсем отказываться от жевательных резинок? «Совсем нет», – успокаивают стоматологи. Главное, их правильно использовать: в этом случае вкусные подушечки и пластинки принесут только пользу.

Бараник А.В., Емельянова Н.Ю.

**ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ
КАРИЕСА ЗУБОВ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Актуальность. Постоянные зубы прорезаются в полость рта с незаконченной минерализацией эмали. Сразу после прорезывания и в течение 2 лет минерализация зубов происходит довольно быстро, затем наступает ее замедление почти до полного прекращения. Для незрелой эмали характерна пористость, меньшее количество фторапатита, что делает ее более уязвимой для действия кислот. С возрастом фиссуры претерпевают ряд изменений. Нередко наблюдается их спонтанное запечатывание естественным путем - на самом дне фиссуры образуются плотные высокоминерализованные образования, за счет эмалевого ликвора. Эмаль в области запечатанных фиссур остается интактной. Самоzapечатывание фиссур зависит от общего уровня здоровья и способов профилактики кариеса. При снижении уровня здоровья и наличие местных факторов риска развития кариеса, спонтанного запечатывания фиссур не происходит.

Самым эффективным методом профилактики кариеса на сегодняшний день является герметизация фиссур. Суть ее заключается в том, что производится герметичное запечатывание фиссуры (бороздки, расположенные между буграми на жевательной поверхности боковых зубов) специальными пломбирочными материалами, которые препятствуют проникновению микрофлоры внутрь зуба. Наиболее часто кариесом поражаются жевательные поверхности моляров и премоляров,

это связано с низкой минерализацией фиссур в течение первых двух лет после прорезывания зубов, фиссуры являются ретенционными пунктами, где длительно сохраняется зубной налет, что приводит к быстрому развитию кариеса. Зуб в стадии прорезывания не участвует в акте жевания, т.к. не имеет антагониста или не находится с ним в контакте, поэтому не происходит достаточного естественного очищения его окклюзионной поверхности. Большое значение в развитии кариеса имеет форма фиссуры. Воронкообразные – более открытые, хорошо минерализованы, чаще являются кариесрезистентными. Конусообразные – условия для задержки пищевых остатков и микроорганизмов, минерализуются за счет ротовой жидкости. Каплеобразные и Полипообразные – минерализация происходит со стороны пульпы зуба, фиссуры длительное время гипоминерализованы.

Показания к герметизации фиссур: 1. Возрастные: 6-7 лет – для первых постоянных моляров; 10-11 лет – для премоляров; 12-13 лет – для вторых постоянных моляров; 2. Анатомические особенности поверхностей зуба: наличие глубоких, с ярко выраженным рельефом фиссур и ямок, которые не могут быть очищены предметами гигиены; 3. Положение зуба в состоянии не полной окклюзии.

Противопоказания к методу: Отсутствие выраженных фиссур и ямок на жевательной поверхности (фиссуры открытого типа), наличие кариозной полости на жевательной или контактной поверхности зуба, плохая гигиена полости рта (необходимо сначала обучение гигиене полости рта), гиперсаливация. Последовательность проведения герметизации фиссур. Все поверхности зуба очищаются механически при помощи щеток и бесфтористой пасты (фториды блокируют эмалевые поры и снижают эффект кислотного протравливания, что приводит к увеличению риска выпадения герметика). Все поверхности промываются

водой и тщательно высушиваются. В настоящее время существует неинвазивная и инвазивная методики герметизации фиссур. Неинвазивная методика используется в случае, если фиссура интактна и включает следующие этапы: 1. Изоляция от слюны. 2. Протравливание эмали зуба 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 15-20 секунд. 3. Смывание кислоты с поверхности водно-воздушной струей (время смыва = времени протравливания) 4. Поверхность зуба подсушивается. Высушивание эмали должно проводиться очень тщательно, пока она не приобретет меловидно-белый цвет. 5. Немедленное нанесение герметика тонким слоем по всей фиссуре при помощи зонда или кисточки. 6. Образовавшиеся пузырьки воздуха можно удалить зондом. 7. После затвердевания с помощью окклюзионной бумаги проверяется окклюзионная высота зуба. 8. Обязательная полировка герметика резиновым полиром. 9. Покрытие зубов фторидсодержащими средствами 10. Наличие герметика оценивают через неделю, месяц, 6 месяцев, год, 2 года, 3 года. Выпадение герметика в течение года предусматривает его повторное нанесение при отсутствии кариозного поражения в фиссуре. Наличие герметика в фиссуре через 2-3 года оценивается как высокая профилактика кариеса. Инвазивный метод отличается добавлением еще одного этапа – раскрытие фиссуры. Этот метод подходит для герметизации глубоких, пигментированных, сомнительных фиссур. Вход в фиссуру в пределах эмали расширяется тонким алмазным бором мелкой зернистости. От классического препарирования метод отличается щадящим отношением к твердым тканям зуба. Существует набор боров Fissurotomy, разработанных специально для препарирования фиссур.

Материалы для герметизации фиссур: 1. Стеклоиномерные цементы Fuji II, Ketak Molar 2. Компомеры Direct Seal (Dentsply) 3.

Истинные герметики – силанты.4.Система запечатывания – Фиссурит фирма VOKO.

Выводы: Таким образом, герметизация фиссур постоянных зубов — это современный метод первичной профилактики кариеса зубов у детей, который, независимо от места его проведения, является частью комплексной профилактики стоматологических заболеваний.

Березнякова А.І.

**РІВЕНЬ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е (IG E) У ЩУРІВ
РІЗНОГО ВІКУ ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ СТОМАТИТІ**

Національний фармацевтичний університет

Україна, Харків

Актуальність. На сьогоднішній день відмічається значний ріст алергічних захворювань. Цьому сприяють фактори навколишнього середовища, незбалансоване харчування і добавки модифікованих сполук, неконтрольоване використання антибіотиків, зростаюча урбанізація, зміни способу життя, збільшення числа стресових ситуацій, ріст кількості людей з асоціальною поведінкою (нарко- та алкогользалежні), почастишали епідемії грипу, збільшення пацієнтів з патологією органів травлення, а також генетично обумовлена схильність. Високий вміст в крові загального імуноглобуліну Е (Ig E) спостерігається при багатьох алергічних захворюваннях, які обумовлені IgE-антитілами (алергічний риніт, екзогенна бронхіальна астма, атопічний дерматит, алергічний стоматит та ін.).

Мета нашої роботи - визначити рівень загального імуноглобуліну Е в сироватці крові здорових щурів різного віку та при гострому алергічному стоматиті.

Матеріал та методи дослідження: експерименти проведено на 50 білих нелінійних щурах-самцях різного віку, які були розподілені на 5 груп по 10 тварин в кожній. Алергічний стоматит викликали по методу Залкан Р., Ієвлевої О. введенням 2,4-динітрохлорбензолу (ДНХБ).

Результати. Результати аналізу проведених експериментів показали, що у молодих щурів середнє значення загального Ig E суттєво перевищувало ($p < 0,05$) аналогічний показник у інтактних щурят препубертатного віку в 4 рази та більше. Крім цього, концентрація загального імуноглобуліну Е в групі щуренят препубертатного віку були суттєво нижче ($p < 0,05$) рівня Ig E у зрілих (в 40 разів) та старих (в 120

разів) щурів відповідно. Визначення рівнів загального Ig E у щурів з алергічним стоматитом показало суттєве ($p < 0,05$) підвищення його концентрації у всіх вікових групах тварин.

Переважає більшість тварин мали значення загального Ig E вище верхніх меж норми відповідних вікових груп. Слідє відмітити, що щури, які страждали алергічним стоматитом та мали концентрацію загального Ig E, яка різко перевищувала верхні межі норми більше чим в 1,5 – 2 рази, як правило, мали більш тяжку клінічну картину стоматиту.

Аналіз результатів показав, що у щурів з алергічним стоматитом, в порівнянні зі здоровими щурами, рівень загального Ig E підвищувався: у щуренят препубертатного віку в 1,75 разів, у молодих щурів – в 1,2 рази, у зрілих тварин – в 1,5 рази та у старих щурів – в 1,2 рази.

Таким чином, визначені нами рівні загального імуноглобуліну E показали збільшення його концентрації з віком тварин. Аналогічних результатів в науковій літературі ми не зустрічали. Однак, мають місце одиничні роботи зарубіжних авторів, які свідчать про підвищення рівня загального Ig E у людей з віком. Отримані нами результати про підвищення, інколи різкому (при тяжкій клінічній картині захворювання), рівня загального Ig E у щурів різного віку, особливо у щуренят препубертатного періоду та у молодих щурів, обумовлюють діагностичне (підтверджують алергічну етіологію захворювання) та прогностичне значення даного показника.

Висновки: рівень загального Ig E підвищується з віком, як у здорових, так і хворих тварин. Його концентрація значно збільшується при алергічному стоматиті у всіх вікових групах тварин. Найбільш інформативним в діагностичному та прогностичному значенні являється визначення рівня загального Ig E у щуренят препубертатного періоду та молодих щурів в умовах алергічного стоматиту при обов'язковому порівнянні з показниками здорових тварин.

Березнякова А.І.

**ФЕРМЕНТНА ОКИСНО-ВІДНОВНА СИСТЕМА ГЛУТАТІОНУ
ПРИ ЗАПАЛЕННЯХ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ**

Національний фармацевтичний університет

Україна, Харків

Актуальність. Система глутатіону складається з відновленого глутатіону та специфічних ферментів, які забезпечують регенерацію відновленого глутатіону з окисненої форми. З них основними є: глутатіон-пероксидаза, глутатіон-редуктаза та глутатіон-трансфераза.

Ферментна окисно-відновна система глутатіону – важливий компонент антиоксидантної системи в разі запалення, що забезпечує детоксикацію пероксидаз та гідропероксидаз, інактивацію вільних радикалів.

Метою даного дослідження – є аналіз динаміки головних ферментів окисно-відновної системи глутатіону в процесі запалення у різних ділянках.

Результат встановлено, незалежно від місця запалення, у тому числі і слизової оболонки ротової порожнини, виникає дисбаланс у системі глутатіону шляхом порушення співвідношення відновленого та окисненого глутатіону, що пов'язане зі збільшенням споживання відновленого глутатіону під час нейтралізації вільних радикалів, які утворюються за рахунок активації ліпопероксидації. Треба відзначити, що в той же час, як відновлений глутатіон в сироватці проявляє антиоксидантну активність, окиснений глутатіон вказує на виснаження антиоксидантної здатності організму. Таким чином, ці дані вказують на помітний дисбаланс між відновленим та окисненим глутатіоном і антиоксидантним дефіцитом в крові щурів з гострим запаленням. Незалежно від локалізації запального процесу відбувається значне

зниження всіх трьох ферментів, які беруть участь в регенерації відновленого та окисненого глутатіону. Зниження активності формується з 1,3 разів до 2,8 разів в такій послідовності: серце, очі, суглоби, нирки і слизова оболонка ротової порожнини. Це може пояснюватися різними швидкостями кровотоку в органах і пов'язана з цим швидкість обороту глутатіону в організмі, різною проникністю гістогематичних бар'єрів органів, реологічними властивостями крові.

Висновки: значне зниження відновленого глутатіону в сироватці крові нелінійних білих щурів із запальними процесами різної локалізації пов'язане з відсутністю специфічних ферментів системи глутатіону, які забезпечують відновлення окисненого глутатіону, і, отже, доповнюють пул відновленого глутатіону.

Василенко В.М., Рузин Г.П.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ
ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОДНОСТОРОННИМИ
НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Украина, Харьков

Врожденные несращения верхней губы, по данным литературы, относятся к числу наиболее распространенных пороков развития человека с тенденцией к росту популяции больных с данной патологией, что делает эту проблему весьма актуальной.

Статистические исследования по врожденным односторонним несращениям верхней губы у 162 детей Харьковской области проводились с учетом разработанной нами клинико-анатомической рабочей схемы.

Частота врожденных односторонних несращений верхней губы:

1. В соответствии с наличием или отсутствием целостности эпителиальных покровов губы в области несращения – скрытые *несращения верхней губы* (НВГ) в наших наблюдениях составляли всего 1,8 %, все остальные 98,2% были явные НВГ.

2. По протяженности несращения в пределах верхней губы наиболее частыми были полные *несращения губы* (НГ), они составляли 46,3%, наиболее редкими – частичные НГ – всего 15,4% и промежуточное место занимали неполные НГ – 38,3%, которых на 22,9% было больше, чем частичных, и на 8% меньше, чем полных.

3. По глубине поражения (по наличию или отсутствию комбинаций НГ с несращениями глублежащих анатомических структур) – наиболее частыми были изолированные НВГ (42,6%), реже на 12,4% -

комбинированные (30,2% и еще реже, на 15,4% по сравнению с изолированными – сквозные НГ (27,2%).

При комбинированных НВГ чаще других наблюдалась комбинация НГ с несращениями *твердого и мягкого неба* (13,6% из 30,2%), второе место по частоте занимали НВГ, комбинированные с *несращением альвеолярного отростка* (10,6%), а последнее место – самые легкие комбинации несращения верхней губы комбинированные с несращением мягкого неба (6,1%).

4. Частота *врожденных односторонних несращений верхней губы* по их форме. Самой частой формой НГ была треугольная в 73,5%. В 3,2 раза реже встречались НВГ трапецевидной формы (22,8%) и в 19,8 раза реже – НГ щелевидной формы (3,7%).

Волкова О.С., Рябоконт Є.М., Донцова Д.О., Доля Е.І.

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ (ЛЕЦИТИНУ)
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ КАРІЕСІ ЗУБІВ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології,

Україна, Харків

На сьогодні все більш широке розповсюдження у якості лікувально-профілактичних засобів при стоматологічних захворюваннях отримує функціональне харчування, при котрому у вигляді харчових добавок використовуються комплекси мікроелементів, антиоксидантів, адаптогенів та ін. Ці препарати сприяють переходу адаптоційно-компенсаторних реакцій в фізіологічне русло. Таким препаратом є лецитин (фосфатидилхолін). Експериментальні дослідження в цій галузі можуть сприяти пошуку нових адекватних засобів терапії та профілактики, які поліпшать стоматологічне та соматичне здоров'я населення.

Мета. Дослідити карієс профілактичну ефективності лецитину при моделюванні патології карієсу у щурів лінії WAG (Wistar Albino Glaxo).

Матеріали та методи. Карієс у щурів моделювали за допомогою цукорвміщуючої карієсогенної дієти за М.Г. Бугайовою та С.А.Нікітіним (1954) з додаванням лецитину у дозі 1 мг/кг маси тварини. Через 60 днів щурів виводили з експерименту шляхом декапітації з урахуванням правил евтаназії, після чого виділяли нижні щелепи з зубами. У кожному зубі реєстрували признаки карієсу шляхом фарбування зубів 2% розчином метиленового синього. Наявність демінералізації та дефектів емалі з'ясовували шляхом зондування фісур скаріфікатором та рахування каріозних зубів за допомогою бінокулярного мікроскопу.

Результати та обговорення. Проведені дослідження вказують на те, що зуби усіх щурів, які утримувались на цукорвміщуючій карієсогенній дієті, були уражені карієсом. Це свідчить про високий карієсогенний ефект дієти.

Протикарієсогенна ефективність лецитину у щурів, які утримувались на звичайному раціоні віварію складала 47,2%. Введення лецитину до карієсогенного раціону призводило до достовірного зменшення кількості випадків карієсу у цій групі майже в два рази і склало протикарієсогенну ефективність препарату - 80,7%. В результаті виконаних досліджень можна припустити, що точкою прикладення лецитину є данні про його участь в мінеральному метаболізмі, тому що він має 4% легко утримуючого фосфору у вигляді ортофосфату та прямо впливає на взаємодії іонів кальцію та фосфату.

Висновки. Таким чином, отримані в експерименті дані можуть бути використані в практичній стоматології та сприяти зменшенню показників захворюваності на карієс.

Волченко Н.В., Соколова И.И., Назарян Р.С.

**ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ НА
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

В последние годы довольно широко внедряются в образование инновационные и прогрессивные учебные учреждения (лицеи, гимназии, колледжи, частные школы а так же классы с углубленным изучением отдельных предметов), которые характеризуются интенсификацией учебно-воспитательного процесса.

Сопоставление данных свидетельствует, что из детей, готовящихся поступать в школы нового типа, на дошкольном этапе, всего 10% - не имеют хронических заболеваний, т.е. практически здоровых. В то время, как аж у 70% дошкольников обнаруживаются значительные функциональные нарушения [Бурханов А.И., Хорошева Т.А., 2006, Беседина А.А., 2003 и др]. На первое место выступают костно-мышечные отклонения (плоскостопие, нарушение осанки, последствия рахита и т.д.). Следующими, по системным нарушениям, считаются проблемы с органами пищеварения (дискинезия желчевыводящих путей, кариес и т.д.), которые выявляются у большей половины дошкольников. Также встречаются проблемы с системой кровообращения (гипотонии, нарушения сердечного ритма и др.), заболевания оториноларингологической области. Наблюдаются нарушения нервно-психического состояния будущих первоклассников, а также неуклонно растут различные виды аллергопатологий. Уже в 6-7 летнем возрасте, почти у 15% дошкольников выявляются различные отклонения в

физическом развитии (избыток или недостаток массы тела, низкий рост и др.) [Валеева Э.Р., 2003, Бурханов А.И., Хорошева Т.А., 2006 и др].

Инновационные программы отличаются от обычных более высокой интенсивностью учебного труда, что влечет за собой значительные психоэмоциональные затраты школьников. Большие энерго- и психоэмоциональные затраты приводят к напряжению многих функциональных систем детского организма, что, в свою очередь, может отразиться на соматическом здоровье ребенка.

Многие ученые считают, что существует зависимость между зависимостью числа нарушений и их характером в состоянии общего здоровья детей школьного возраста от количества и объема учебных нагрузок. Многочисленные исследования доказали, что у школьников, обучающихся по более сложным учебным программам, в сравнении с детьми традиционной системы обучения, показатели здоровья имели более худшие показатели. Изменение состояния здоровья в более худшую сторону, у школьников лицеев, гимназий и коллигиумов, во время обучения в школе, имело более быстрый темп, по сравнению с детьми традиционных классов. В результате чего, можно сделать вывод, что более быстрый и интенсивный темп обучения, без общеоздоровительных мероприятий, может привести к более значительным изменениям в худшую сторону в состоянии здоровья школьников [Бирюкова, Н. А., 2006, Безруких М., 2008].

Волченко Н.В., Соколова И.И., Назарян Р.С.

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ ПОЛОСТИ РТА У 8 – 11 ЛЕТНИХ
ШКОЛЬНИКОВ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Актуальность. В последнее время все чаще в литературе встречаются данные о влиянии различных факторов риска на состояние здоровья детей школьного возраста. К ним относят как внутри школьные факторы так и вне школьные. Достаточное количество информации о влиянии данных факторов на общее здоровье школьников, но, к сожалению, практически отсутствуют данные о стоматологической патологии и данных детей.

Целью нашего исследования является определение уровня гигиены полости рта у школьников 8 – 11 лет, обучающихся по разным учебным программам (как фактор риска патологий) Материалы и методы: в исследовании принимали участие 100 детей, из которых 55 – учащихся по коллегияльной программе, и 45 – по общеобразовательной.

Оценивалась гигиена полости рта двумя методами: индекс гигиены Fedorov-Volodkina и упрощенный индекс гигиены (ОНИ-S) Green-Vermillion.

Результаты исследования. Определение индекса гигиены Fedorov-Volodkina показывает, что школьники имеют различную гигиену полости рта, так, хорошая гигиена полости рта, соответствовавшая показателям от 1 до 1,5, наблюдалась у 70% школьников коллегияльной программы и у 80% - у детей обучающихся по общеобразовательной. Индекс свидетельствовавший об

удовлетворительной гигиене выявлен у 15% детей первой и у 17% - второй группы. Показатель характеризующий неудовлетворительную гигиену полости рта обнаружен у 19% школьников коллегиальной системы обучения, и у 3% детей общеобразовательной программы. Плохая и очень плохая гигиена полости рта выявлена только у школьников коллегиальной программы (7% и 4% соответственно). У детей учащихся по общеобразовательной программе такие показатели не обнаружены.

По данным упрощенного гигиенического индекса выявили схожую закономерность. А именно, у большинства детей и первой и второй групп определена хорошая гигиена полости рта, что соответствует показателю от 0 до 0,6 баллов (83% и 92%, соответственно). Средний уровень, точнее удовлетворительную гигиену полости рта, с результатом от 0,7 до 1,6 баллов, выявлено у 12% детей первой и 8% - второй. Неудовлетворительную гигиену (3%) и плохую (2%) выявили только у школьников коллегиальной системы обучения, в то время, как у детей общеобразовательной программы – данных показателей не выявлено.

Выводы. Полученные результаты подтверждают факт о том, что у школьников, обучающихся по коллегиальной программе выявлен более высокий риск возникновения заболеваний полости рта. В первую очередь таких как кариес и гингивит.

Герман С.А.

**СУБХРОНІЧНА ТОКСИЧНІСТЬ ВІТЧИЗНЯНОГО
А-СИЛІКОНОВОГО ЕЛАСТИЧНОГО КОНСТРУКЦІЙНОГО
МАТЕРІАЛУ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології ХНМУ

Україна, Харків

Актуальність. Основним завданням сучасної ортопедичної стоматології є розробка та впровадження нових зуботехнічних матеріалів і технологій, які змогли б забезпечити повноцінне відновлення функції та анатомічної цілісності зубів і зубних рядів .

Часткові знімні протези є найпростішим, найдешевшим і донині найбільш часто вживаним методом відновлення зубних рядів. По даним ВОЗ в країнах Європи (Швеція, Великобританія) до 30% населення віком старше 45 років користуються частковими знімними пластинковими протезами.

Однак, зростає мотивація до застосування незнімних протезів пацієнтами похилого віку та популярність протезів, що опираються на імпланти. Тим не менш, соціально-економічні фактори наводять на думку, що широке використання часткових знімних протезів збережеться в найближчому майбутньому.

Нові матеріали повинні бути інертними і не викликати токсичної дії на організм людини. Основну інформацію про взаємодію організму та речовини для більшості лікарських засобів, що досліджуються, можливо виявити лише в хронічному чи субхронічному експерименті.

Метою дослідження було визначення токсичного впливу нового вітчизняного А-силіконового матеріалу для виготовлення часткових

пластиночкових протезів з безкламерною фіксацією на органи і тканини лабораторних щурів.

Об'єкти і методи дослідження: Досліди проведені на статевозрілих щурах вагою 190-220г. Для дослідження були створені експериментальні групи щурів самок та самців з метою простежити можливий токсичний вплив стоматологічного матеріалу в залежності від статі. Щури були поділені на групи: 2 контрольні групи (самки та самці), яким застосовували стоматологічний матеріал у дозі 1 мг/мл.

Протягом всього експерименту тварин утримували в однакових умовах віварію на повноцінному раціоні. Про вплив стоматологічного матеріалу на органи і системи при тривалому застосуванні судили за загальним станом тварин, динамікою маси тіла, показниками серцево-судинної системи, картиною периферичної крові (кількості еритроцитів, лейкоцитів, гемоглобіну, лейкоцитарній формулі) функціональним станом ЦНС, печінки, нирок, вагових коефіцієнтів внутрішніх органів. Морфологічний склад крові і лейкоцитарну формулу тварин досліджували по загальноприйнятих методах клінічного дослідження.

По закінченні періоду досліджень тварин виводили з експерименту методом евтаназії та визначали вагу внутрішніх органи: печінки, нирок серця, шлунка, селезінки, наднирників.

Для оцінки можливого токсичного впливу стоматологічного матеріалу на організм щурів при тривалому застосуванні досліджували динаміку маси тіла і вагові коефіцієнти внутрішніх органів. Отримані дані були оброблені за допомогою комп'ютерної програми «Microsoft Excel 7.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Дані спостереження за загальним станом і поведінкою тварин показали, що вони задовільно переносили щоденне застосування розчину стоматологічного матеріалу

протягом одного місяця. Рухливість, потреба в їжі та воді, зовнішній вигляд, реакція на зовнішні подразники щурів дослідних груп не відрізнялася від контрольних. Загибелі тварин не спостерігалось в жодній групі.

Аналіз вказаних показників свідчив, що в період експерименту у всіх групах тварин не відзначено істотних коливань у динаміці маси тіла і рівні вагових коефіцієнтів.

У результаті проведених досліджень встановлено, що у дослідних групах, які одержували стоматологічний матеріал не спостерігалось відхилень у кількості еритроцитів (у самок $4,6 \pm 0,17 \cdot 10^{12}/\text{л}$ та у самців $4,8 \pm 0,14 \cdot 10^{12}/\text{л}$), гемоглобіну (у самок $118 \pm 9,2$ г/л та у самців $129 \pm 6,8$ г/л), лейкоцитів (у самців $10,1 \pm 0,95 \cdot 10^9/\text{л}$ та у самок $10,5 \pm 0,8 \cdot 10^9/\text{л}$), базофілів (у самців $0,00 \pm 0,00$ % та однаково у самок), еозинофілів (у самців $0,7 \pm 0,21$ % та у самок $0,5 \pm 0,22$ %), паличкоядерних нейтрофілів (у самців $4,8 \pm 0,5$ % та у самок $4,5 \pm 0,43$ %), лімфоцитів (у самців $80 \pm 1,5$ % та $77,5 \pm 0,89$ % у самок), моноцитів (у самців $3,3 \pm 0,62$ % та у самок $3,8 \pm 0,48$ %) в порівнянні з контролем та вихідними даними. Отримані дані свідчать про відсутність токсичного впливу стоматологічного матеріалу на склад периферичної крові.

За результатами дослідження встановлено, що стоматологічний матеріал у досліджуваній дозі при тривалому щоденному застосуванні щурам не чинить токсичного впливу на ферментосинтетичну функцію печінки: активність індикаторних ферментів – АлАТ (у самців – $0,5 \pm 0,03$ ммоль/ч мл, тоді як у самок – $0,45 \pm 0,05$ ммоль/ч мл). АсАТ (у самців – $0,5 \pm 0,03$ ммоль/ч мл, тоді як у самок – $0,69 \pm 0,03$ ммоль/ч мл) не перевищував норми.

Можливі зміни у складі загального білку (у самців – $61,59 \pm 1,66$ ммоль/л, тоді як у самок – $61,05 \pm 1,29$ ммоль/л) та альбуміну (у самців –

28,74±1,29 ммоль/л, тоді як у самок – 29,65±0,61 ммоль/л) у сироватці крові відповідають порушенням білковосинтетичної функції, зв'язаними з ураженням паренхіми печінки.

З приведених результатів видно, що стоматологічний матеріал не викликав статистично значимих відхилень у рівні креатиніну сироватки у самців – 68,9±4,4 мкмоль/л та однаково у самок, також рівні сечовини сироватки у самців – 4,8±0,29 мкмоль/л та самок – 4,7±0,29 мкмоль/л. Цукру, кетонів та білку у сечі дослідних тварин виявлено не було.

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що А-силіконовий стоматологічний конструкційний матеріал для безкламерної фіксації часткових знімних пластинкових протезів при тривалому застосуванні, не чинить токсичного впливу на життєво важливі органи та тканини експериментальних щурів.

Гречко Н.Б.

ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Харьков, Украина

Профессия врача – особая профессия, где требуется своевременная постановка диагноза, назначение необходимого лечения. Но помимо этого, огромную роль в успешном лечении играют взаимоотношения врача и больного – такт, любовь к человеку, а нередко и самоотверженность. Особенно актуальными вопросы деонтологии в практике стоматологии становятся в настоящее время, в связи с перестройкой не только здравоохранения, но высшего медицинского образования.

Врачебная деонтология в широком смысле – это учение о поведении, взаимоотношениях и действиях врача, которые необходимы для щажения психики больного, его близких и окружающих, правильной организации лечебного процесса. Однако некоторые врачи видят пациента в качестве прямого или опосредованного источника своего заработка и существования. В этом случае в стоматологическом кабинете между врачом и пациентом могут возникать нестандартные морально-этические взаимоотношения, в основе которых лежит так называемый человеческий фактор. Окружающая современная действительность почти смела представления о добре и зле, заменив нашу почти патриархальную ментальность на жажду наживы и власть чистогана. Но все ярче светятся новые ценности – права и свобода личности, которая выступает как самодостаточный человек. Воспитание современного врача невозможно без понятия врачебной этики и деонтологии. Тогда возможна гармония в отношениях между пациентом и врачом, личностью и обществом, родными, знакомыми, коллегами.

Поэтому врачебная деонтология включает не только морально-этические аспекты врачевания, но и организацию работы, совершенствование знаний, на-выков и т.д. Она использует моральные принципы и как элемент нормального общения, и как средство воздействия на психику больного, тем самым – на течение патологического процесса. И.К. Касинский в книге «О врачевании» пишет: «Врачебная этика интегрально входит в медицинскую деонтологию как стержневая проблема» (М.Л. Заксон, В.И. Козлюк, Ф.Ф. Возный. «Стоматологам о деонтологии», Киев, «Здоровье», 1989). Естественно, что рассматривая те или иные аспекты деонтологии, мы постоянно сталкиваемся с вопросами профессиональной этики.

«...В медицине нет двух миров: мира лаборатории и мира клиники, мира духа и мира тела. ... Сознвая единство человеческого организма, настоящий врач одновременно врачует и отчаяние, и органические нарушения, которые оно порождает. Важность миссии врача составляет его отличие от всех прочих граждан». Так Андре Моруа охарактеризовал деятельность врача (Е.И. Лихтенштейн. «Помнить о больном», Киев, «Вища школа», 1978). Нас восхищает широкий кругозор и всесторонняя образованность таких корифеев медицинской науки, как С. П. Боткин, В. П. Образцов, В. М. Бехтерев, Г. А. Захарьин, Н. Д. Стражеско, и рядом с ними – представители земской медицины, которые умели входить в контакт с больными людьми и являлись выдающимися деонтологами – практиками. Любой врач хотел бы с чистой совестью повторить и от своего имени слова знаменитого Сиденхема: «Никто не был пользован мною иначе, чем я желал бы, чтобы лечили меня самого..» (А.И. Смольняков, Е.Г. Федоренко «Врачебная этика». Киев, «Здоровье», 1982).

В наше время, когда между пациентом и врачом вклинивается сложная медицинская техника, а личные особенности и эмоции больного могут оставаться в тени, настоящий врач всегда должен помнить требование медицины: «Лечить больного, а не болезнь». Бесценно значение таких

руководств в деле врачебного искусства, как «Дневник старого врача» Н.И. Пирогова, «Записки врача» В.В. Вересаева. В каждом из них деонтология представлена как мир врача.

Лечебная практика врача не может ограничиваться одним только комплексом профессиональных медицинских знаний, хотя им принадлежит важнейшее место. Для исхода лечения важны отношения, которые устанавливаются при первом контакте пациента с врачом. Только тот специалист может рассчитывать на успех лечения, который учитывает индивидуальные и личностные особенности больного. Пациент чутко прислушивается к каждому слову врача. Он должен постоянно ощущать оптимизм врача, особенно в критические минуты, это помогает ему уверовать в положительный результат проводимого лечения и преодолевать трудности на пути к выздоровлению.

«Сколько бы вы, милостивые государи, ни выслушивали и ни выстукивали, вы никогда не сможете безошибочно определить болезнь, если не прислушаетесь к показаниям самого больного», - наставлял своих учеников Г. А. Захарьин (Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Еврохин В.Г. Медицина и общество. М., 1983). И в этом – глубокая врачебная мудрость. Для раннего и правильного распознавания болезни и успешного лечения больного необходим теснейший контакт врача и пациента, обоюдное доверие, проникновение в сокровенные переживания и чаяния страдающего человека. Поэтому закономерно стремление передавать гуманные традиции медицины от одного поколения врачей к другому.

Выполнение долга перед больным и обществом должно стать смыслом жизни врача – стоматолога. Сложные морально – этические проблемы медицины, возникшие в связи с пересадкой органов, клонированием, расширением области клинических экспериментов, развитием медицинской генетики и геной инженерии, имплантологии, требуют приведения этической

ориентации врача в соответствии с новыми задачами и возможностями. Врач обладает огромной властью над больным, поскольку пациент доверяет ему свое здоровье и саму жизнь. В этой власти не только привлекательность, но и ответственность нашей профессии. Только воспитав в себе моральную убежденность в единстве знания и чувства, теории и практики, личного и общественного, свободного и необходимого стоматолог становится не только знающим специалистом, но и зрелой личностью с устойчивыми убеждениями, моральными принципами и творческим подходом в решении неоднозначных вопросов.

Єлісєєва О.В., Соколова І.І.

**НОРМАЛІЗАЦІЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З
ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ТЛІ
ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ ТИПОВОЇ ФОРМИ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра стоматології

Україна, м. Харків

Актуальність. Одним із захворювань шкіри і слизових оболонок порожнини рота, що нерідко зустрічаються, є червоний плоский лишай (ЧПЛ), який характеризується хронічним, рецидивуючим перебігом, різноманіттям клінічних форм. Поширеність ЧПЛ серед населення, за даними різних авторів, варіює в межах 1 – 2%, в загальній структурі захворюваності дерматозами як ізольоване ураження тільки слизових оболонок порожнини рота – 30-35%. У розвитку ЧПЛ з локалізацією на слизових оболонках порожнини рота (СОПР) істотне значення мають провокуючі чинники, що порушують стійкість слизової оболонки до травматизації та її цілісність. У свою чергу, поширеність та тяжкість хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) також залежать від перебігу захворювань СОПР та захворювань, які супроводжуються ураженнями СОПР.

Мета – дослідження впливу лізоцимвміщуючих засобів в комплексі лікувальних заходів у хворих на хронічний генералізований пародонтит на тлі червоного плоского лишая.

Матеріали та методи дослідження. Клінічну групу склали 10 пацієнтів віком 35-60 років, хворих на ХГП легкого ступеня тяжкості на тлі типової форми ЧПЛ. Усім пацієнтам проводилась системна терапія, яка включала дезінтоксикаційні, гіпосенсибілізуючі, антигістамінні, седативні препарати, сорбенти, вітаміни та лікування супутньої патології.

Місцеве лікування складалось з професійної гігієни порожнини рота та індивідуальної гігієни із застосуванням традиційного чищення зубів із використанням лікувально-профілактичної зубної пасти «Лакалут актив» (Германия) двічі на день, зубного еліксиру «Лізомукоїд» 3-5 разів на добу, та лізоцимвміщуючого гелю, аплікації на місця уражень СОПР та ясеневий край на 30 хвилин двічі на день. Також призначали 1 капсулу токоферолу ацетат, 100 мг 1 р/добу. Лікування здійснювалось, під контролем показників гуморального імунітету (секреторний IgA, С3 компонент компліменту, лізоцим і бета-лізини), які визначали в ротовій рідині (РР). Забір РР виконували перед лікуванням, та через 14 днів після початку лікування.

Отримані результати. Для оцінки клінічної ефективності лікувальних заходів проведено визначення стану тканин пародонту. Папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) індекс суттєво зменшився ($p < 0,05$) з показників 21.98 ± 1.86 балів (до лікування) до значення 15.55 ± 0.35 балів (після лікування). Показники пародонтального індексу (РІ) під впливом лікування не зазнали суттєвих змін (з 1.33 ± 0.05 балів до 0.86 ± 0.05 балів після лікування, $p > 0,05$). На тлі зникнення запальних явищ спостерігалось поліпшення гігієнічного стану порожнини рота. Через 14 днів після початку лікування спрощений індекс гігієни (по Грину – Вермільону) зменшився до значення 0.84 ± 0.12 балів у порівнянні з початковим показником до лікування (1.57 ± 0.17 балів, $p < 0,05$).

При обстеженні через 14 днів після лікування у 8 пацієнтів показники гуморального імунітету нормалізувались, у 2 пацієнтів вони не мали тенденції до поліпшення у зв'язку з чим, 2 пацієнтам продовжували лікування. Позитивна динаміка змін показників гуморального імунітету залежить від стану клінічних проявів ХГП на тлі ЧПЛ.

Висновки. Найбільш ефективною проявила себе терапевтична схема лікування, яка включала системну терапію ЧПЛ, професійну гігієну порожнини рота із застосуванням лікувально-профілактичної зубної пасти «Лакалут актив», ополіскувача «Лізомукоїд» та лізоцимвміщуючого гелю. Вищезазначене є підґрунтям для активного використання даної схеми місцевого лікування у хворих на ХГП легкого ступеня тяжкості на тлі ЧПЛ типової форми.

Искоростенская О.В., Кривенко Л. С., Ткаченко М.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста,

детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

Харьков, Украина

Значительным количеством исследований доказана взаимосвязь стоматологической заболеваемости и общесоматической патологии у детей. Этиологически и патогенетически связанные механизмы этих процессов обуславливают необходимость постоянного научного поиска путей решения проблемы своевременной диагностики, адекватной терапии и профилактики.

На сегодняшний день существенно возросла актуальность изучения проблемы редких (орфанных) заболеваний. Большая часть редких болезней - генетически обусловленные, и, следовательно, могут проявляться в разном возрасте и часто представляют угрозу для жизни.

Проблема орфанных заболеваний актуальна практически для всех стран мира. По данным Европейского союза организаций больных редкими заболеваниями EURORDIS, более 6000 заболеваний отнесено к разряду редких, из них 80% имеют генетическую природу. Главная цель этой организации – помощь больным и включение проблемы редких заболеваний в число основных приоритетов здравоохранения на международном уровне.

Во многих странах, в том числе и в Украине, статус орфанного заболевания закреплен законодательно, определен перечень заболеваний данной категории в зависимости от частоты встречаемости – 1 на 2 000 человек (Основы законодательства Украины об охране здоровья, приказы МЗ Украины). Указанные нормативные акты определяют также

государственные гарантии больным в соответствии с их индивидуальными потребностями в медицинской помощи. В частности, осмотр этих пациентов стоматологом определен Протоколами оказания медицинской помощи по каждой нозологической единице.

Одним из таких орфанных заболеваний, наблюдаемых на нашей кафедре, является синдром Марфана. Заболевание представляет собой переменное, аутосомно-доминантное поражение соединительной ткани, вовлекающее, как правило, сердечно-сосудистую систему, органы зрения и опорно-двигательный аппарат. Частота возникновения синдрома Марфана составляет примерно 1:9800, причём около 26% случаев не имеют семейного анамнеза, т.к. заболевание возникает в результате мутации *de novo*.

Морфологические изменения при данной генетически детерминированной патологии соединительной ткани проявляются разрежением костных балок, нарушением структуры хрящевой ткани за счёт образования коллагеновых пучков, расслаивающих межтканевое вещество. Эластические волокна истончены, расположены неравномерно, отмечается расслоение средней оболочки крупных сосудов, разрыхление эндотелия.

На кафедру стоматологии детского возраста, ДЧЛХ и И ХНМУ обратилась пациентка С., 1998 г.р. Явилась с целью санации полости рта перед предстоящим оперативным вмешательством по поводу сердечно-сосудистой патологии.

Внешний осмотр выявил выраженную астеничность конституции; общую гипотонию; мышечная ткань выражена слабо, как и подкожная клетчатка, кожа крайне истончена. Грудная клетка деформирована по типу воронкообразной. Суставы гипермобильны. Кисти с длинными пальцами, согнутыми в межфаланговых суставах (арахнодактилия).

Оценка стоматологического статуса выявила такие характерные для синдрома Марфана признаки: аномалии лица (“птичье” выражение лица, “срезанный” подбородок); высокое, “готическое” нёбо; маленькая нижняя челюсть; скученность зубов; гипермобильность височнонижнечелюстного сустава. Индекс КПУ=8. Выявлено снижение высоты прикуса; в связи с этим пациентку в последние несколько месяцев беспокоили боли невралгического характера (по ходу ветвей тройничного нерва). В целом, полость рта несанирована, пациентка не обращалась к стоматологу несколько лет. После консультации детского терапевта-стоматолога, ортодонта и хирурга-стоматолога был составлен план лечения и проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Наблюдения в практике свидетельствуют о том, что регулярность осмотра стоматологом пациентов данной категории клинически обоснованна. Не вызывает сомнения факт, что стандартный подход в лечении стоматологической патологии должен быть адаптирован индивидуально, учитывая не только физический статус пациента, тяжесть клинических проявлений болезни, но и его психо-эмоциональное состояние. Стоматологическая помощь больным с орфанными заболеваниями требует мультидисциплинарного подхода, с привлечением специалистов разных профилей и разработки координированной программы мероприятий.

Искоростенская О.В., Ткаченко М.В., Ткаченко И. Г.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста,

детской челюстно - лицевой хирургии и имплантологии

Харьков, Украина

Актуальность. Кариес зубов остается одной из важных проблем в стоматологии детского возраста. По данным ВОЗ распространенность раннего кариеса зубов у детей составляет 60-90%. Такая статистика обуславливает необходимость усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий, в частности, раннего выявления факторов риска и прогнозирования возникновения заболевания.

В этой связи особенного внимания детских стоматологов требуют пациенты раннего возраста. Существует множество методов выявления кариесогенной ситуации в полости рта, однако не все они применимы к пациентам данной категории. Основываясь на данных литературы, собственном клиническом опыте, нами был подобран комплекс клиничко-лабораторных методов исследования для оценки основных звеньев патогенеза кариеса зубов. Мы предлагаем объем диагностических манипуляций, приемлемых для применения у детей до 3-х лет на обычном приеме стоматолога.

Цель работы: выявление факторов риска кариеса у детей раннего возраста с применением методов диагностики, адаптированных к возрасту ребёнка.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 18 детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет. Учитывая сочетанное влияние общих и местных кариесогенных факторов, процедура выявления

факторов риска и прогнозирования возникновения кариеса начиналась с опроса родителей.

При опросе родителей мы выясняли наследственные факторы, наличие общесоматической патологии у ребёнка, характер питания, его гигиенические навыки, домашние гигиенические процедуры и т.п.

Диагностические манипуляции включали:

1. Определение гигиенического состояния полости рта:

- индекс оценки зубного налёта у детей раннего возраста (Кузьмина Э. М., 2000).

2. Определение уровня интенсивности кариеса зубов (УИК, Леус П. А, 1990);

3. Определение свойств ротовой жидкости ребёнка:

- тест тягучести (уровня градации) ротовой жидкости (Леус П. А., Белясова Л. В., 1995);

- рН-метрия ротовой жидкости с помощью стандартных полосок;

- исследование буферных свойств слюны с помощью стандартного теста Dentobuff (Финляндия).

Результаты исследований показали, что индекс гигиены полости рта по Кузьминой Э. А. у 10 детей (56%) соответствовал критерию “хороший”, у 6 детей (33%) - ”удовлетворительный”, а у 2-х детей (11%) - “плохой”.

Уровень интенсивности кариеса (Леус П. А.) был определён у 3-х детей (17%) как “низкий”. У 15 детей (83%) не было обнаружено кариозных полостей.

Определение уровня градации ротовой жидкости (Леус П. А., Белясова Л. В.) у детей выявило следующие результаты: у 5 детей (28%) - “положительный тест”, у 9 детей (50%) - “отрицательный тест” и у 4 детей (22%) - “резко отрицательный тест”.

Показатели рН ротовой жидкости у детей распределились таким образом: у 9 детей (50%) показатель рН колебался в пределах 6,8-7,4; у 6 детей (33%) - 6,5; у 3-х детей (17%) - 7,5.

Определение буферной ёмкости слюны проводилось по методу Krasse с помощью стандартного теста Dentobuff (Финляндия). Высокая ёмкость буфера была выявлена у 10 детей (56%), нормальная ёмкость буфера — у 6 детей (33%) и низкая - у 2-х детей (11%).

Выводы. Перечисленные методы имеют неоспоримые преимущества в виду доступности, стандартизации, простоты исполнения, минимальных временных затрат – достоинства, которые сложно переоценить на приеме у детского стоматолога. Использование методов диагностики, адаптированных к возрасту пациента, является актуальным в виду их клинического и эпидемиологического значения. Включение предложенной методики обследования детей раннего возраста в практику детского стоматолога позволит определить комплекс индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий и повысить их эффективность.

Искоростенская О. В., Ткаченко М. В., Заверуха Я.И.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ НА ОСНОВЕ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛОНИЕОБРАЗУЮЩИХ ЕДИНИЦ
STREPTOCOCCI MUTANS

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии,*

Харьков, Украина

Кариес зубов является одним из самых часто встречающихся заболеваний. Распространенность и интенсивность кариеса, несмотря на введение новейших методов профилактики, остаются на высоком уровне. По данным исследований Ассоциации стоматологов Украины распространенность кариеса зубов у взрослого и детского населения Украины составляет 89% (2009г.).

Кариесогенные факторы многообразны и переменны, однако ведущим из них является микрофлора полости рта. Взаимоотношения в системе «микроорганизмы - ротовая полость - внешние факторы» определяют все последующие процессы при возникновении кариозного процесса. Многочисленные микробиологические исследования показали, что преобладающей группой кариесогенных микроорганизмов являются штаммы *Streptococcus mutans* (Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 2001г., Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В., 2003г., Хоменко Л.А., Леус П.А., 2007г., Коротяев А.И. Бабичев, Царев В.П., Давыдов М.М., 2008г.). Было установлено, что в полости рта *Str.mutans* преобладает в материале, полученном из ямок эмали, фиссур и интерпроксимальных пространств, то есть как раз из тех мест, где наиболее часто локализуется кариозный процесс.

Целью данного исследования является изучение обсемененности полости рта микроорганизмами группы *Str.mutans* как прогностического критерия развития кариозного поражения зубов у детей раннего возраста.

Методы исследования. Разработка биохимических экспресс-методов позволили исследовать колониобразующую способность сероваров *Str.mutans* у детей раннего возраста, что позволило оценить влияние микробного фактора на интенсивность кариозного процесса. В данном исследовании был использован экспресс-тест Dentocult SM кат.№67647 для определения стрептококков рода *Str.mutans*. Метод основан на использовании селективного питательного бульона, прилипания и роста бактерий на тестовой полоске. *Str.mutans* прикрепляются к шероховатой поверхности полоски пропорционально их плотности в слюне. Плотность *Str.mutans* в слюне определяется путем сравнения плотности колонии на полоске с типовой схемой. Согласно схеме, выделяют следующие концентрации микроорганизмов в единице объема (так называемые колонеобразующие единицы – КОЕ): нулевая группа – менее 10 тыс. КОЕ, первая группа 10 тыс.-100 тыс. КОЕ, вторая группа – 100 тыс.–1млн. КОЕ, третья группа – более 1млн. КОЕ.

Результаты исследования. Полученные с помощью экспресс-тестирования данные показали, что среди 3 групп обследованных пациентов (30 детей возрастом от 1 до 3 лет с кп - от 0 до 4, кп - от 5 до 10, кп - от 11 до 20) наибольшая обсемененность микроорганизмами группы *Str.mutans* наблюдалась в группе с кп - от 11 до 20 (80% обследованных были отнесены к третьей группе показателя КОЕ, 20% - ко второй группе); в группе с кп - от 5 до 10 - 10% обследованных были отнесены к первой группе, 90% - ко второй группе показателя КОЕ; в группе с кп - от 0 до 4 - 40% обследованных отнесены к нулевой группе КОЕ, а 60% обследованных – к первой группе. Выявлено, что при

повышении интенсивности кариозного процесса в группах обследованных наблюдается соответственное повышение обсемененности полости рта микроорганизмами группы *Str.mutans*.

Таким образом, прослеживается зависимость между интенсивностью кариозного процесса и показателем КОЕ *Str.mutans* в полости рта, которую можно считать прогностическим критерием развития кариозного поражения зубов у детей раннего возраста.

Кавушевська Н.С., Тюпка Т.І.

**ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ТКАНИНАХ
ПАРОДОНТУ ТА КРОВІ ЩУРІВ З ГІНГІВІТОМ ЗА УМОВ
ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГЕЛЮ «ЛІЗОСТОМ»**

Національний фармацевтичний університет

Кафедра патологічної фізіології

Україна, Харків

Висока поширеність захворювань пародонту диктує необхідність пошуку оптимальних засобів їх профілактики та лікування з врахуванням патогенетичних механізмів розвитку. Запальні захворювання пародонту – гінгівіт і пародонтит, – представляють серйозну медико-соціальну проблему. Важливу роль у механізмі виникнення метаболічних порушень в тканинах пародонту відіграє пошкодження мембран лізосом і вихід гідролітичних ферментів (коллагеназа, еластаза, кисла фосфатаза) у внутрішньоклітинне і позаклітинне середовище.

Мета дослідження – вивчити вплив стоматологічного гелю «Лізостом» на біохімічні показники у тканинах пародонту та сироватці крові щурів з експериментальним гінгівітом.

Матеріал та методи дослідження. Гінгівіт у щурів викликали у два етапи: попереднім створенням стану дисбактеріозу ротової порожнини (внутрішньошлункове введення лінкоміцину дозою 60 мг/кг протягом 5 днів) та подальшим локальним ураженням ясен та тканин присінку рота аплікаціями суспензії бджолиної отрути (1 мг/кг в дозі 2 мл два рази на день протягом 3 днів). Лікування «Лізостомом» починали з наступного дня після закінчення відтворення патології. Новий стоматологічний гель на основі лізоциму гідрохлориду з умовною назвою «Лізостом» розроблений сумісно зі співробітниками кафедри заводської технології ліків Національного фармацевтичного університету (зав. каф. – професор Рубан О.А.). У гомогенаті тканин пародонту та сироватці крові визначали

активність кислої фосфатази та загальну протеолітичну активність за методом Веремеєнко К. Н. та Голобородько О. П. за кількістю відщепленого аргініну. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням комп'ютерної програми Stadia – 6,0 і t-критерію Стюденту, а також за допомогою програми «Excel»

Результати. Розвиток клінічної картини гінгівіту супроводжувався змінами біохімічних показників у сироватці крові і тканинах ясен щурів.

Дослідження загальної протеолітичної активності у сироватці крові щурів з експериментальним запаленням пародонту свідчило про її підвищення протягом усього експерименту у порівнянні з інтактним контролем. Найвищі показники були зареєстровані на 5 добу ($4,12 \pm 0,07$ мкмоль/год · л). Підвищення рівня загальної протеолітичної активності в сироватці крові непрямо свідчить про наявність запального процесу в організмі експериментальних тварин.

Під впливом стоматологічного гелю «Лізостом» спостерігали зниження цього показника до норми на 20 добу експерименту ($2,23 \pm 0,09$ мкмоль/год · л). При цьому, починаючи з 10 доби спостережень, рівень сумарної активності був вірогідно нижчим за показник у нелікованих щурів з контрольною патологією. Тобто, застосування «Лізостому» сприяє зниженню рівня універсального показника запалення – загальної протеолітичної активності, що свідчить про певний позитивний вплив «Лізостому» на системний гомеостаз.

Дослідження загальної протеолітичної активності гомогенаті тканин пародонту свідчили про зміни, аналогічні тим, що спостерігали у сироватці крові. У групі тварин з експериментальним гінгівітом без лікування загальна протеолітична активність була підвищеною протягом всього періоду експерименту, але максимальне збільшення спостерігали на 5 добу ($6,05 \pm 0,14$ ммоль/год · г).

Під впливом стоматологічного гелю «Лізостом» загальна протеолітична активність в гомогенаті тканин пародонту знизилася до норми на 20 добу експерименту. При цьому, починаючи з 15 доби і до закінчення експерименту, загальна протеолітична активність була нижчою порівняно з групою тварин з контрольною патологією без лікування.

Таким чином, застосування гелю «Лізостому» при експериментальному гінгівіті чинить протизапальний і пародонтопротекторний ефекти, нормалізуючи процес протеолізу.

Разом з інтенсифікацією процесів протеолізу відмічено також активацію лізосомального ферменту кислої фосфатази як у сироватці крові ($1,43 \pm 0,08$ мккат/л проти $1,22 \pm 0,06$ мккат/л в інтактних тварин), так і у гомогенаті тканин пародонту, що свідчило про ушкодження та руйнування мембран клітин пародонту.

Нормалізація активності кислої фосфатази у сироватці крові та гомогенаті тканин пародонту при нелікованому експериментальному гінгівіті відбувалася лише на 20 добу експерименту.

У групах тварин, яких лікували «Лізостомом» нормалізація цього показника у сироватці крові спостерігалася на 10 добу, а в гомогенаті тканин пародонту – на 15 добу. Оскільки кисла фосфатаза є одним з маркерів запалення, зменшення її активності під впливом «Лізостому» свідчило про його позитивний вплив на запальний процес у пародонті та скорочення термінів одужання щурів з експериментальним гінгівітом.

Висновки. Застосування гелю «Лізостом» при експериментальному запаленні тканин пародонту позитивно впливає на біохімічні показники у сироватці крові та тканині пародонту: призводить до нормалізації таких маркерів запалення, як загальна протеолітична активність та активність кислої фосфатази, що свідчить про протизапальний та пародонтопротекторний ефекти нового стоматологічного гелю.

Карнаух Е. В.

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРИЕСА
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста,

детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

Украина, Харьков

Актуальность проблемы коморбидности у детей кариеса постоянных зубов и кислотозависимых заболеваний, сопровождающихся гастроэзофагеальным рефлюксом, обусловлена высокой частотой их сочетания, существенным взаимным отягощением и формированием патогенетического фундамента высокого риска хронизации и прогрессирования во взрослом возрасте.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики, профилактики и лечения кариеса постоянных зубов у детей с кислотозависимыми заболеваниями, сопровождающимися гастроэзофагеальным рефлюксом, путем раннего выявления маркеров кариеса.

Материалы и методы. В проспективном рандомизированном единовременном («срезовом») когортном исследовании обследовано 70 детей 4–18-летнего возраста с кариесом зубов: 14 — с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 20 — с хроническим гастродуоденитом, 12 — с дуоденальной язвой; 24 ребенка — практически здоровы (контроль). Изучены кислотность желудочного сока, слюны; концентрация магния, кальция, фосфора, активность

щелочной фосфатазы, дефензинов HNP 1–3, лизоцима биохимическим и иммуноферментным методами.

Результаты и выводы. Развитие кариеса зубов у детей с кислотозависимыми заболеваниями патогенетически связано не только с кислотностью содержания ротовой полости и желудка, но и характеризуется особенностями микроэлементного статуса и состояния систем, ответственных за противомикробную защиту и реализацию механизмов воспалительной реакции. Одну из ключевых ролей в антибактериальном и воспалительном механизмах при кариесе зубов у детей с кислотозависимыми болезнями играют дефензины HNP 1–3. Перспективой дальнейших исследований является продолжение изучения клинико-патогенетической, а в дальнейшем — и терапевтической, роли дефензинов HNP 1–3 при кариесе зубов у детей с кислотозависимыми заболеваниями.

Каськова Л.Ф., Хміль О.В., Глущенко Ю.В.

**ЗНАЧЕННЯ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ
ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ НЕЗНІМНОЮ
ОРТОДОНТИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою
стоматологічних захворювань*

Україна, Полтава

Однією з найважливіших проблем дитячої стоматології в наш час є значна розповсюдженість зубощелепних аномалій (ЗЩА) та деформацій, що за даними різних авторів зростає і складає від 50,8 до 81%. Це є суттєвою проблемою для дитячих лікарів, оскільки, аномалії зубощелепної системи призводять до естетичних та функціональних порушень, впливають на психіку дитини і нерідко сприяють розвитку карієсу зубів, захворювань пародонта й патології скронево-нижньощелепних суглобів, що зумовлено погіршенням стану гігієни порожнини рота, нерівномірним навантаженням на тканини пародонта та суглобові структури. Особливо гостро дане питання постає перед особами, яким проводиться апаратурне лікування ЗЩА, так як, на сучасному етапі надання стоматологічної допомоги відновлення дефектів зубних рядів незнімною ортодонтічною технікою, зокрема брекет-системою, є методом вибору.

Виходячи з цього, важливим є вивчення стану гігієни порожнини рота у дітей із ЗЩА, які перебувають на ортодонтічному лікуванні та призначення їм предметів і засобів індивідуальної гігієни. Це й стало метою нашого дослідження.

Нами були вивчені показники гігієни в дітей 2-х груп спостереження: 1 група - діти з різними зубощелепними аномаліями, що знаходились на ортодонтічному лікуванні; 2 група - здорові діти без

ортодонтичної патології. Для цього ми використовували індекс Сілнес-Лоу та модифікований метод оцінки ефективності гігієни порожнини рота, тобто, комбінацію індексу Федорова-Володкіної та РНР методу, що дає змогу максимально об'єктивно оцінити гігієнічний стан порожнини рота, врахувати всі ділянки зубного ряду (фронтальну та бокові), а також звернути увагу на ступінь очищення різних ділянок досліджуваних поверхонь зубів.

Встановлено, що діти 1 групи спостереження, які перебувають на лікуванні у лікаря-ортодонта, мають гірші показники гігієни порожнини рота, ніж у дітей без зубощелепних аномалій, зокрема, у них переважає локалізація зубних нашарувань на нижній третині медіальної поверхні зуба ($15,0 \pm 7,12\%$) й на контактних поверхнях ($28,0 \pm 7,3\%$), тобто в своєрідних ретенційних ділянках.

В результаті дослідження доведено, що при проведенні гігієнічних заходів в порожнині рота через специфічні конструктивні особливості брекет-систем та інших незнімних апаратів, значну увагу слід акцентувати на проблемних зонах, що найменш доступні для очищення за допомогою звичайних зубних щіток та паст (зокрема, на міжзубних зонах та місцях вздовж ясенної лінії).

Таким чином, встановлено, що лікування брекет-системою вимагає особливого догляду не лише за зубами, а й безпосередньо за ортодонтичною системою. Пацієнти повинні розуміти, що за відсутності якісного гігієнічного догляду за незнімною технікою, так само, як і на власних зубах, будуть утворюватися зубні бляшки та м'який зубний наліт, який у подальшому буде мінералізуватися за рахунок неорганічних компонентів ротової рідини в зубний камінь. В свою чергу, зубний камінь також буде викликати запалення ясен і призводити до утворення зубоясенних кишень та сприяти рухливості зубів.

Тому ми рекомендуємо дітям із ЗЩА при проведенні гігієни порожнини рота робити акцент на ретельному очищенні саме проблемних ділянок зубного ряду з використанням різних додаткових предметів (спеціальні зубні щітки, флоси, суперфлоси, іригатори, йоржики і т. д.) та засобів гігієни (лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної та ремінералізуючої дії "Аквафреш", "Колгейт", "Лакалут фтор", "Лакалут сенситив", "Sensodine-F", "R.O.C.S." і т.д., спеціальний бальзам для ясен, пінка для гігієни порожнини рота, лікувально-профілактичні ополіскувачі тощо).

Таким дітям обов'язково треба видаляти наявні над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення, при необхідності лікувати запальні явища в тканинах пародонта, а також проводити заходи, що підвищують резистентність твердих тканин зубів.

Для підтримання гігієнічного стану порожнини рота впродовж дня та захисту зубів від карієсу, декальцинації і зміни кольору, щасливим володарям брекет-системи бажано носити з собою маленькі «похідні набори», що включають в себе: звичайну зубну щітку з м'якою щетиною; мануальну ортодонтичну зубну щітку (тип Орто); монопучкову зубну щітку; зубну пасту з фтором; інтердентальні йоржики; флос, суперфлос; стоматологічний гель; стоматологічний віск; ополіскувач порожнини рота; чашку для води; дзеркало для контролю якості чищення; бокс для зберігання та сумку.

Окрім цього пацієнтам з порушеннями прикусу радимо застосування таблеток "Імудон" та антисептичних розчинів, для безпосереднього етіотропного впливу на мікроорганізми адгезовані на ортодонтичному апараті та обов'язково закликаємо регулярно проводити професійну гігієну ротової порожнини в повному обсязі, в середньому кожні 3 - 6 місяців.

Кузина В.В., Хмыз Т.Г., Амир Содха

**ИУЧЕНИЕ АРТИКУЛЯЦИИ РЕЧЕВОГО АППАРАТА В АСПЕКТЕ
ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ**

Харьковский национальный медицинский университет,

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Профилактика зубо-челюстных деформаций – важное звено стоматологии детского возраста. Своевременная и правильная профилактика способствует самоустранению отдельных аномалий в детском возрасте, исключая применение или сокращает сроки ношения сложных ортодонтических аппаратов в более позднем *возрасте*. Гармоничное развитие челюстно-лицевой области зависит от множества внешних и внутренних факторов. Они могут действовать во внутриутробном периоде, но при этом плод находится под защитой материнского организма и нарушения в развитии его, в основном, зависят от состояния матери, и в меньшей степени, от внешних факторов. После рождения, в постнатальном периоде, ребенок переходит в условия влияния внешней среды и приспосабливается к ее воздействиям. Функциональные нарушения дыхания, жевания, глотания, речи следует рассматривать как этиологические факторы, способные оказать влияние на формирование патологического прикуса.

Известно, что речевой аппарат человека формируют *такие анатомические образования как губы, язык, альвеолярные отростки, твердое и мягкое небо, зубы*, а также голосовые связки. В целом, их строение у всех людей одинаковое. Различается лишь артикуляция, которая зависит от особенностей произношения звуков в том или ином языке. Именно благодаря ей создаются неравнозначные нагрузки на

каждый их элементов и в соответствии с этой нагрузкой происходит перестройка, которая может привести к видимой патологии.

Сегодня в мире насчитывается около 6500 языков. Каждый язык отличен от другого, благодаря наличию и определенному соотношению звуков с различными артикуляционными профилями. Так в некоторых можно проследить преобладание согласных над гласными, да и они могут быть так называемыми носовыми. Во французском языке 4 носовых звука, в английском 3. Их произношение сопровождается формированием преграды в полости рта и сильной воздушной струей, способной избирательно оказывать выраженное давление на различные участки формирующейся челюстно-лицевой области ребенка. Кроме образования воздушной струи различной мощности, органы полости рта, формируя звуки, могут направлять эту струю, например, только через рот, прекрывая доступ в полость носа, как во многих словах арабского и персидского языка, или иным образом. Но важно, что при этом прослеживается идентичный эффект - избыточное воздействие на одни зоны и недостаточное на другие, которое формирует характерные лицевые признаки: узкие ноздри, укорочение нижней трети лица, протрузию фронтальных зубов верхней челюсти и некоторые другие.

Цель исследования: изучить пропорции лица у носителей иностранных языков с различной артикуляционной характеристикой.

Материал и методы. Проведено анкетирование иностранных студентов уроженцев азиатского региона с целью установления типа, длительности и частоты использования языка в детстве. Обследуемым было предложено рассказать о себе на родном языке. В это время с помощью видеосъемки регистрировались артикуляционные движения языка и губ. Проводился внеротовой осмотр челюстно-лицевой области с

акцентом на присутствии лицевых признаков патологии прикуса и внутриротовой с целью регистрации наличия аномалии и ее вида.

Результаты исследования: По результатам анкетирования отобрано 25 человек, которые указали на использование только одного языка в течение первых 10-15 лет жизни, что соответствует периоду активного формирования и роста челюстно-лицевой области. У всех была выявлена патология прикуса и характерные лицевые признаки с тенденцией к однотипности.

Выводы. Полученные данные следует учитывать при осмотре пациентов, чей родной язык или язык, на котором пациент говорит большую часть своей жизни, отличается специфической артикуляционной характеристикой. Это даст возможность коррекции и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Мельник В. С., Горзов Л.Ф., Сабов А. В.

**КРИСТАЛОГРАФІЯ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ ПРИ
ХРОНІЧНИХ І ГОСТРИХ ФОРМАХ ГАСТРИТУ З
УРАХУВАННЯМ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ**

Ужгородський національний університет

Кафедра дитячої стоматології

Ужгород, Україна

Актуальність. Відомо, що патологія органів травлення займає третє місце в структурі загальної захворюваності. Формування захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей залежить від відновлення гомеостазу і бар'єрних функцій організму. Одним з бар'єрів, що приймають участь у відновленні внутрішнього середовища організму, є гемато-саліварний, а середовищем, що виконує при цьому буферну функцію, є слина. Дослідження слини за багатьма клініко-біохімічними показниками має переваги в порівнянні з методами лабораторної діагностики крові. На відміну від крові, слина є легкодоступною біологічною рідиною, її білковий склад багато в чому ідентичний сироватці крові, фізіологічно пов'язаний з гомеостазом. Забір слини здійснюється без інвазивних втручань, і вона може широко використовуватися в гігієнічних, токсикологічних, імунологічних дослідженнях. Разом з цим, ротова рідина доступна в отриманні для багаторазового дослідження, відсутність психічного і фізичної напруги при проведенні даного обстеження. Інформативність слинних показників підтверджується унікальною функцією слинних залоз не тільки в забезпеченні процесу травлення, але і в регуляції гомеостазу на загальному рівні.

Розвивається в останні десятиліття новий науковий напрям - морфологія біологічних рідин заснована на методі клиноподібної дегідратації, який дає можливість у медико-типологічних дослідженнях

на об'єктивній основі виконувати оперативний моніторинг за станом організму.

За допомогою спеціального прийому дегідратації краплі біологічної рідини отримують суху плівку (фацію), яка являє собою фіксований тонкий зріз досліджуваної рідини. У зв'язку з цим, актуальним є вивчення впливу патології шлунково-кишкового тракту на мікрокристалізацію слини (МКС) і стоматологічний статус.

Мета дослідження. Виявити закономірність змін кристалографії ротової рідини залежно від гастроентерологічної патології та стоматологічного статусу.

Матеріали та методи. На базі дитячої лікарні м. Ужгорода було обстежено 180 дітей, віком від 5 до 12 років. Кількість дітей з гострим гастритом складала 46 чоловік; діти з хронічним гастритом - 54 осіб; група дітей без патології шлунково-кишкового тракту - 80 чоловік.

Стан соматичної патології оцінювали на підставі огляду та вивченні історій хвороби дітей, а також за допомогою анкетування батьків. Крім соматичної патології, у даної групи дітей вивчали стоматологічний статус за допомогою показника інтенсивності карієсу КПВ (КПВ + кп), індексу гігієни по Green- Vermillion. Проведено ретроспективний аналіз 180 стоматологічних медичних карт № 043. Мікроскопія фації ротової рідини у дітей, за методом клиноподібної дегідратації дозволила систематизувати типи мікрокристалізації. Усього досліджено 180 зразків слини. Результати МКС розділені на три типи:

1 тип - центральна зона фації представлена у вигляді єдиного ланцюга дендритоподібних кристалів з радіальною орієнтацією; площа становить 70-80%. Крайова зона виражена добре;

2 тип - порушується чіткість центру радіальної кристалографії у вигляді розрізнених дендритів; площа 55-60%. Наявність непрозорих включень на периферії;

3 тип - центральна зона представлена аморфним малюнком; площа 20-25%.

Результати дослідження. За отриманими даними середнє значення показника інтенсивності КПВ (КПВ + кп) у здорових дітей склало 3,34, що відповідає компенсованій формі карієсу. У дітей з патологією шлунково-кишкового тракту показник інтенсивності КПВ (КПВ + кп) склав 10,43 ($p < 0,05$), що вказує на залежність стану ротової рідини дитини, від стану шлунково-кишкового тракту. Середнє значення індексу гігієни в групі дітей з патологією ШКТ складало 2,27 ($p < 0,05$), що є незадовільним показником гігієни. А в контрольній групі показник гігієни дорівнює 0,95 ($p < 0,05$), що відповідає хорошему індексу гігієни. Аналіз зразків мікрокристалізації слини виявив чітку залежність типу МКС від стану соматичної системи і стоматологічного статусу. 1 тип МКС відповідає групі дітей, що не мають патології з боку шлунково-кишкового тракту (86%); 2 тип МКС визначається в групі дітей з хронічним гастритом (72%); 3 тип МКС виявлено у групі дітей з патологією шлунково-кишкового тракту в гостру фазу захворювання (93%). Зміна в типі МКС відображає стан всього організму, тому гострий перебіг захворювання обумовлює різку зміну структури ротової рідини.

Висновок. Таким чином, виявлені зміни мікрокристалізації слини залежно від стану здоров'я дитини і фази перебігу хвороби. У здорової групи рівень МКС слини краще в порівнянні з дітьми, що мають соматичну патологію. Визначено достовірне збільшення показників інтенсивності карієсу та індексу гігієни по Green- Vermillion у дітей з патологією ШКТ порівняно із здоровою групою дітей. Встановлений прямий кореляційний зв'язок між станом шлунково-кишкового тракту і стоматологічним статусом. Використання даного методу може застосовуватися в ранній діагностиці в педіатричній і стоматологічній практиці.

Мохаммед Махди Салих, Голик Н.В., Фоменко Ю.В.

**АНАЛИЗ ОРТОПАНТОМОГРАММ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
КОЛИЧЕСТВА РЕАЛИЗОВАННЫХ И ВОЗМОЖНЫХ
ГЕМИСЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЛЯРОВ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Лечение осложненного кариеса моляра может включать комплекс терапевтических, ортопедических и хирургических манипуляций, после которых зуб сохраняется в целом или частично. Такие зубы могут быть полезны как опоры для несъемной ортопедической конструкции, либо в качестве самостоятельных единиц жевания. На сегодняшний день существует ряд методов оперативных вмешательств, позволяющих избежать удаления зуба. Обобщение всех этих методов хирургического лечения привело к возникновению такого понятия, как «зубосохраняющие операции».

К таким консервативно-хирургическим методам лечения хронических периодонтитов относят гемисекцию зуба. Это разделение и удаление части коронки вместе с одним из корней, имеющим патологический очаг у верхушки. Операцию производят у первых и вторых моляров нижней челюсти. Гемисекция также показана при резорбции кости межкорневой перегородки, перфорации одного из корней или наличия у него глубокого внутрикостного кармана, сломанного инструмента в корневом канале и т.д.

Гемисекция является альтернативной возможностью сохранить многокорневые зубы, которые были направлены на удаление.

Материалы и методы. Исследовали 600 ортопантомограмм (ОПГ), которые были разделены на 2 группы. Одна группа состояла из 300 случайно выбранных ортопантомограмм пациентов, находившихся на лечении у врача-стоматолога общей практики. Вторая группа – 300 случайно выбранных ортопантомограмм пациентов, направленных к хирургу-стоматологу для удаления зубов с различными формами периодонтита. В обеих группах определяли количество действительно проведенных и потенциальных гемисекций в первом и втором постоянных молярах нижней челюсти.

Результаты. Исследования 300 ОПГ в 1-й группе показали следующие результаты: реализованных гемисекций – 6, возможных гемисекций – 7. Во 2-й группе, подсчет результатов показал следующее: проведенных ранее гемисекций – 0, потенциально возможных гемисекций – 84.

Обсуждение: В 1-й группе операции гемисекции зуба были проведены в 6 случаях, по сравнению с отсутствием их во второй группе. Это возможно объяснить тем, что гемисекция для врача общей практики является манипуляцией, все этапы которой проводит один специалист, зачастую в одно посещение – как эндодонтическую подготовку зуба, так и разделение корней и удаление одного из них. Для узких специалистов, эта операция, как правило, требует участия терапевта и хирурга, что осуществить организационно более сложно.

В 1-й группе были определены показания для 7 потенциальных гемисекций, по сравнению с 84 случаями во 2-й группе, что указывает на большой потенциал зубосохраняющих операций при условии наличия адекватного оборудования хирургической практики и слаженной работы с коллегами терапевтического профиля.

Вывод: Обычное разделение терапевтического и хирургического приема приводит к потере эффективности комплексного подхода в лечении осложненного кариеса. Необходимо улучшать информированность пациентов о возможностях данного метода, а также координацию узких специалистов стоматологического профиля при лечении пациентов с различными формами периодонтита, что позволит значительно отсрочить имплантацию и съемное протезирование.

Назарян Р.С., Огурцов А.С., Прасол А.С.
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОПТРОН-
СВЕТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ
ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Физиотерапия – это область медицины, которая занимается лечением различных заболеваний посредством влияния как природных, так и искусственных факторов. Физиотерапевтические методы способны оказать заметное благотворное действие. Дополнительные методы, которые могут способствовать более легкому и быстрому выздоровлению в случае каких-либо заболеваний, с успехом применяются сегодня и в стоматологии.

Ортодонтическое лечение несъемной ортодонтической техникой (НОТ) довольно длительно и оказывает некоторое отрицательное влияние на зубы и пародонт. Использование НОТ очень часто является причиной развития воспалительных изменений в тканях пародонта. Поэтому вопрос о применении физиотерапевтических методов для предотвращения развития осложнений со стороны пародонта на этапе ортодонтического лечения является актуальным.

Целью исследования было изучить на основании динамики изменений пародонтологического статуса пациентов с НОТ эффективность применения полихроматического поляризованного света (БИОПТРОН-светотерапии).

Материалы и методы. Исследование проведено у 30 пациентов с НОТ, которые были разделены на 2 клинические группы. Первая группа

(n=15) – пациенты без клинических признаков осложнений со стороны тканей пародонта, которым после фиксации НОТ проводили курс БИОПТРОН-светотерапии; вторая группа (n=15) – пациенты без клинических признаков осложнений со стороны тканей пародонта, которым БИОПТРОН-светотерапия не проводилась.

В исследуемых группах оценивали состояния десен, используя папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) до лечения, на 1-е, 10-е, 14-е сутки и через 6 месяцев фиксации НОТ.

Результаты исследования. Средние значения индексов РМА в первой и во второй группах пациентов до лечения соответствуют легкой степени гингивита. На 1-е сутки у пациентов обеих групп отмечается средняя степень гингивита. На 10-е и 14-е сутки фиксации НОТ в первой группе пациентов среднее значение соответствует легкой степени гингивита, а во второй – средней. Через 6 месяцев фиксации НОТ средний показатель индекса РМА в первой группе пациентов свидетельствует о легкой степени гингивита (0,45), а также он на 0,15 ниже, чем до лечения. У пациентов второй группы среднее значение индекса РМА через 6 месяцев говорит о средней степени гингивита (1,1), и на 0,52 выше, чем до лечения.

Вывод. На основании динамики изменений пародонтологического статуса пациентов с НОТ, установлено эффективность применения БИОПТРОН-светотерапии по предупреждению возникновения и устранению осложнений в тканях пародонта во время ортодонтического лечения. Однако необходимо учитывать и другие показатели успешного физиотерапевтического лечения. Определение гигиенического состояния полости рта, а также изучение биохимических маркеров нарушения микроциркуляции в тканях пародонта во время ортодонтического лечения, представляет для нас большой интерес.

Назарян Р.С., Щеблыкина Н.А., Колесова Т.А.,

Фоменко Ю.В., Голик Н.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Предпосылкой для возникновения одонтогенных гайморитов является тесная анатомическая связь синуса с корнями зубов верхней челюсти. Процесс может быть обусловлен прямым распространением воспаления из соседних участков кости или дна пазухи либо развиваться вследствие гематогенного или лимфогенного инфицирования. Непосредственным толчком к развитию гайморита часто является присоединение травмы, охлаждения или общих заболеваний, снижающих резистентность организма. По данным Рабухиной Н.А. и Аржанцева А.П., (2003) причиной воспалительного поражения чаще всего бывают различные типы острых или обострившихся периодонтитов (около половины всех случаев) или осложнения консервативных и хирургических манипуляций (около 20%). Среди остальных причин почти с одинаковой частотой встречаются нагноение радикулярных кист и остеомиелит лунок зубов, контактирующих с дном верхнечелюстного синуса. Имеются указания о возможности возникновения гайморита при абсцедирующей форме пародонтита.

Среди «причинных» зубов при одонтогенных воспалениях на первом месте стоят $\frac{6}{6}$ (47,7-52,0%), затем $\frac{7}{7}$ (15,5-25,0%) и $\frac{5}{5}$ (11,0%). Инфекционное поражение даже фронтальной группы зубов может вызывать воспалительный процесс в пазухе. Верхушки корней отдельных

зубов, в особенности вторых премоляров и первых моляров, могут также свободно проникать в пазуху. В этом случае они покрыты только слизистой оболочкой синуса [Паслер В.А., Виссер Х., 2007].

Клиническая картина острого одонтогенного гайморита в отличие от риногенного имеет ряд характерных признаков: боль в области зуба и перфоративное отверстие в дне пазухи, асимметрия лица и болезненность при пальпации переднелатеральной ее стенки; наличие зловонных гнойных выделений из носа, изолированное поражение одной пазухи, рентгенологические изменения пара- и периодонта у зуба, дающего клинические проявления. В верхних стенках пазух, одновременно являющихся нижними стенками глазниц, и в вентральных стенках (клыковая ямка) иногда обнаруживаются щели, т.е. слизистая оболочка синуса в этих местах непосредственно без костной прослойки контактирует с содержимым глазницы и клыковой ямкой. В связи с этим одонтогенное воспаление слизистой пазух может сопровождаться отеками изменениями в глазнице и даже в области клыковой ямки [Федорова М.Е., 2011]. Не все указанные признаки постоянны, но они позволяют дифференцировать одонтогенные и риногенные поражения.

Острые одонтогенные гаймориты приводят к выраженному отеку и утолщению слизистой оболочки синуса. Часто выявляется уровень жидкости горизонтальной или менискообразной формы. При стихании острой фазы количество жидкости в синусе постепенно уменьшается, но утолщение слизистой выстилки, особенно на дне синуса, сохраняется на длительный период. Если одонтогенный процесс с самого начала имеет хронический характер, изменения слизистой оболочки имеют вид локальных утолщений. Костная стенка альвеолярной бухты на уровне «причинных» зубов в большинстве случаев резко истончается и даже оказывается полностью разрушенной на отдельном участке. Даже при

небольших зонах периодонтальных резорбций могут наблюдаться значительные по протяженности эрозии дна верхнечелюстных пазух и обширные изменения примыкающей слизистой оболочки в виде бугристых утолщений с волнистыми, но довольно четкими очертаниями. Чем меньше расстояние между корнями «причинных» зубов и зонами периодонтальных костных деструкций, тем более обширные изменения видны со стороны слизистой оболочки [Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003].

Проявления верхушечного периодонтита одновременно с изменениями стенок и дна верхнечелюстной пазухи лучше всего видны на увеличенных панорамных снимках. Они отчетливо выявляют изменения слизистой оболочки синуса в тех случаях, когда занимают не более 1/3 его дистального объема. При более обширных изменениях верхняя граница утолщенной слизистой оболочки не определяется из-за наложения на пазухи тени скуловых костей. В этих случаях более эффективны ортопантограммы. На внутриротовых рентгенограммах истинное состояние дна верхнечелюстных пазух вследствие косога хода лучей определить невозможно, а взаимоотношение с ним корней зубов также не соответствует действительности. Поэтому для диагностики одонтогенных гайморитов эти снимки применять не рекомендуется.

Воспаления, возникающие вследствие перфорирования дна верхнечелюстного синуса при лечении или удалении зубов, имеют некоторые особенности. В этих случаях обычно возникает реакция слизистой оболочки всех стенок синуса, что хорошо видно на ортопантограммах или линейных зонограммах. Слизистая оболочка резко утолщается, образует полиповидные выбухания. В нижних отделах пазухи могут быть обнаружены скопления пломбировочного материала, металлические инородные тела и фрагменты зубов. Содержимого в

пазухе может быть немного или оно вообще отсутствует, если периодически синус опорожняется через свищевой ход. Чаще, чем при других формах одонтогенного гайморита, наблюдается присоединение этмоидита и фронтита на стороне поражения [Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003].

Радикулярные кисты и кистогранулемы, связанные с корнями зубов, контактирующих с дном верхнечелюстной пазухи, либо вызывают прогрессирующее его разрушение, либо отодвигают кверху пограничную костную пластинку. Врастающие в пазуху радикулярные кисты могут иметь большие размеры, но редко полностью выполняют ее просвет. Представление о том, что им всегда сопутствуют клинические проявления, не соответствует действительности. Подавляющее большинство этих кист обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании [Паслер В.А., Виссер Х., 2007].

Обнаружение клинических и рентгенологических признаков, позволяющих предполагать у больного одонтогенный гайморит, служат поводом для консультации с оториноларингологом.

Назарян Р.С., Щеплыкина Н.А., Колесова Т.А.,

Фоменко Ю.В., Голик Н.В.

**ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВЫХ
ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО
УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

Харьковский национальный медицинский университет,

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Первый постоянный моляр – зуб, имеющий весьма сложную анатомию системы корневых каналов. Чаще всего подвергается эндодонтическому лечению, представляя при этом наибольшие трудности среди жевательных зубов. При его лечении возникает больше всего ошибок и осложнений [Коэн, Бернс, 2007]. Имеет 3 корня (небный, щечно-медиальный, щечно-дистальный) и 3 канала. Может встречаться и 4 канала (4-й канал в медиально-щечном корне).

При исследовании верхних первых моляров в 5 - 56% случаев имеются 3 корня и 4 канала, а в 2,4% случаев - 5 каналов. Чаще всего 2 канала располагаются в щечном медиальном корне [Е.В. Боровский, 2002].

Ф.Пинеда, Й.Катлер (1972), изучая медиально-щечные корни 262 верхних первых моляров, установили, что в 39% случаев в этом корне имеется 1 канал, в 61% - 2 канала.

При изучении 51 медиально - щечного корня двухканальный вариант строения был выявлен в 95% случаев [Жд. К. Калилд и Д. Д. Петер, 1990].

У 14% медиально-щечных корней имеется два апикальных отверстия, а у 36% корней было два устья [Green, 2000].

По данным Pineda (1973) у 42% этих корней имели 2 канала и 2 апикальных отверстия.

Holderrieth и Gernhardt (2009) сообщали о случае, где в небном корне канал с одним устьем после бифуркации имел два апикальных отверстия.

По данным M.B. Kayahan, R.F.Kaptan, S.Sert, (2007) морфология каналов медиально-щечных корней первых верхних постоянных моляров зависит от возрастного периода (Таблица 1).

Табл.1. Конфигурация каналов медиально-щечного корня первых верхних постоянных моляров в различные возрастные периоды.

Возраст пациентов	Тип I	Тип II	Тип III	Тип IV
До 20 лет	12(60%)	5(25%)	3(15%)	0
От 20 до 40 лет	7(35%)	8(40%)	5(25%)	0
Старше 40 лет	14(70%)	5(25%)	1(5%)	0

Поиск устьев дополнительных каналов или бифуркаций, расположенных выше устья основного канала облегчается при использовании бинокуляров или операционного хирургического микроскопа. Второй медиально-щечный канал без применения увеличительных приборов возможно обнаружить у 73,2% моляров, а при использовании микроскопа – у 93% [Коэн, Бернс, 2007].

Таким образом, клиницист, приступая к эндодонтическому лечению первых верхних постоянных моляров, должен всегда предполагать наличие дополнительных каналов, пока тщательное исследование не докажет обратное. Высокоинформативными методами являются применение микроскопа и компьютерной томографии. При невозможности обеспечить многосторонний подход при лечении зубов со сложной анатомией пациента стоит направить в специализированную клинику.

Назарян Р.С., Щеблыкина Н.А., Колесова Т.А.,

Фоменко Ю.В., Голик Н.В.

**ПОТЕРЯ ЗУБОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО
ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

После проведения эндодонтического лечения зуба отмечают снижение его устойчивости к жевательной нагрузке, что иногда приводит к перелому и удалению. По данным Temse, 2006, вертикальные трещины явились причиной удаления зубов в 11-20% случаев, а среднее время между obturацией корневого канала и моментом возникновения трещины составляет от 3-х дней до 14 лет. Хотя история изучения этого вопроса довольно длительная, однако в современной литературе остается много противоречий по вопросу ослабления твердых тканей зубов вследствие эндодонтического лечения. По данным Reeh, 1989, создание доступа, необходимое для проведения лечения, снижает механическую прочность зуба на 5%. Ослабление депульпированного зуба при медиально-окклюзионно-дистальной полости достигает 63% [Reeh,1989] [Reeh, 1989]. Основной причиной ослабления механической стойкости структур зуба, предрасполагающей к переломам или трещинам, является потеря одного или двух краевых гребней дентина [Reeh,1989, Hood,1991]. Дегидратация дентина, вследствие утраченного кровообращения пульпы и нарушение структур коллагена, возникающее в зубах после эндодонтического лечения, может привести к ослаблению зуба ещё на 14% [Helfer A.R., Melnick S., Schilder H., 1972, Rivera E, Yamauchi G., Chasldler G., 1988]. Предполагается, что ослабление механических свойств дентина может

возникнуть также вследствие применения средства для ирригации корневых каналов, хелатирующих веществ или силеров для временной obturации корневых каналов [Kishen A., Kumar G.V., Chen N.N., 2004]. Эндодонтические факторы, которые могут оказывать влияние на появление переломов зубов нетравматического происхождения [Gutmann, 2008]: чрезмерное препарирование корневого канала; использование избыточных сил при конденсации пломбировочного материала, возникновение расклинивающих сил при введении в канал инструментов, слишком агрессивное использование прямых ротационных инструментов, чрезмерное использование ультразвуковых инструментов в процессе очистки и формирования корневых каналов

Решающим фактором ослабления зуба, на котором сходятся мнения авторов, является потеря твёрдых тканей зуба, возникающая как вследствие патологических процессов, так и самого лечения каналов.

В 2008 году Американское эндодонтическое общество систематизировало наименования и разделило вертикальные трещины и переломы на пять групп. Первые четыре группы - это трещины и переломы, начинающиеся в коронке зуба, а последняя группа относится к трещинам и переломам, начинающимся в корне зуба.

ГРУППА I: Линия трещины в эмали (англ. *craze line*) обозначает трещины эмали, проходящие только и исключительно в эмали, и не вызывающие никаких симптомов.

ГРУППА II: Перелом бугра (англ. *fractured cusp*) обозначает полный или частичный перелом бугра, начинающийся на коронке зуба и направляющийся к его шейке, заканчиваясь в десневой борозде или глубже под десной.

ГРУППА III: Перелом зуба (синдром перелома зуба, англ. *cracked tooth, cracked tooth syndrome*) обозначает неполный перелом коронки зуба

(т.е. без разделения двух фрагментов); начинается в коронковой части и охватывает обычно один или два краевых гребня, проникая в дентин в направлении корня.

В случае, когда перелом зуба обнаружен на самой ранней стадии, его прогрессирование можно приостановить, выполнив адгезивную вкладку overlay, покрывающую бугры зуба, или изготовив искусственную коронку.

ГРУППА IV: Полный перелом зуба (англ. *split tooth*): перелом зуба, начинающийся в области коронки и разделяющий зуб на две части, продвигаясь в направлении корня. Обычно проходит в мезио-дистальном направлении и является следствием трещины зуба. Он может возникнуть внезапно или стать результатом углубляющейся трещины. Если линия перелома проходит в направлении вершины корня, единственным решением будет удаление зуба.

В случае, когда линия перелома проходит в направлении шейки зуба или в незначительной степени под десну (косой перелом), удаляется меньший, подвижный фрагмент зуба и можно рассмотреть лечебные мероприятия (ортодонтическая экструзия или пародонтологическое удлинение коронки), позволяющие провести ортопедическое восстановление.

ГРУППА V: Вертикальный перелом корня (англ. *vertical root fracture*) обозначает частичный или полный перелом корня, и является одной из наиболее частых причин потери зубов. Обычно локализуется в щёчно-язычном направлении. Такие переломы встречаются после эндодонтического лечения. В отличие от механизма перелома, свойственного первым четырём группам (коронковое происхождение перелома), вертикальный перелом корня возникает в области вершечек корней зубов, лишённых пульпы и распространяется в направлении коронки.

Таким образом, твердые ткани зубов после эндодонтического лечения большинством практикующих врачей оцениваются как более хрупкие и подверженные переломам. Переломы и трещины корня

представляют значительную проблему как для врача, так и для пациента, поскольку их сложно диагностировать на ранней фазе. Когда же проблема обнаружена, её решением часто становится удаление зуба. Откладывание принятия решения об экстракции может привести к большей потере кости и, как следствие, создать сложности для последующей имплантации. Во многокорневых зубах по возможности проводят гемисекцию или ампутацию поврежденного корня.

При раннем обнаружении перелома в области коронки необходимо эндодонтическое лечение зуба с последующим его адгезивным восстановлением и покрытием коронкой.

Профилактикой трещин и переломов зубов в процессе эндодонтического лечения является выведение из прикуса (укорочение) тонких стенок, участвующих в жевательной нагрузке. При эндодонтическом лечении в несколько посещений для временных пломб следует использовать стеклоиономерный цемент. Эндодонтическое лечение зуба следует завершить по возможности за одно-два посещения. При потере твердых тканей более $\frac{1}{2}$ коронки пациенту следует рекомендовать восстановление зуба искусственной коронкой.

Никонов А. Ю., Омельченко О. А., Сергиенко М. А
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ
КОНСТРУКЦИЙ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

Актуальность проблемы. В практике стоматолога-ортопеда одно из ведущих мест занимают разнообразные сплавы металлов, которые используются для изготовления металлических зубных протезов различных конструкций. У пациентов с металлическими ортопедическими конструкциями часто возникают патологические процессы в тканях и органах полости рта из-за негативного влияния применяемых металлов и сплавов. В первую очередь вредным влияниям подвергаются кератиноциты, а затем и другие структурные элементы слизистой оболочки. Для полной оценки исследования результатов такого влияния необходимо проведение патоморфологического и гистологического анализа слизистой оболочки протезного ложа.

Целью нашего исследования явилось изучение закономерностей и особенностей патоморфологической реорганизации слизистой оболочки протезного ложа при исследовании металлических ортопедических стоматологических конструкций из нержавеющей стали марки 1Х18Н9Т.

Материалы и методы исследования. Была сформирована группа из 23 пациентов, страдающих непереносимостью ортопедических металлических конструкций. Для данного исследования брались биоптаты слизистой оболочки протезного ложа в области опорных зубов металлических мостовидных протезов и в области их промывной части. Забор материала размером не более 1 проводился приблизительно в одно и то же время. Образцы брались под местной анестезией в области

патологического очага и на его границе с окружающими тканями. Из приготовленных парафиновых блоков изготавливали срезы толщиной 5-7 мкм и окрашивали гематоксилин-эозином и методом Ван-Гизона. Микропрепараты изучались с помощью микроскопа «Olympus BX-41».

Результаты исследования. У пациентов опытной группы гистологические исследования слизистой оболочки десны имели полиморфный характер. Замечены признаки длительного воспаления, паракератоза, кератоза, гиперкератоза и акантоза. В шиповатом и базальном слоях эпителия отмечался значительный межклеточный отёк, или спонгиоз, и дегенеративные изменения, свидетельствовавшие об акантолизе. Акантолитические изменения эпителиоцитов можно рассматривать в данном случае как проявление дискератоза.

Так же к дистрофическим изменениям эпителиоцитов шиповатого и базального слоёв опытных биоптатов относится перинуклеарная вакуолизация клеток. Такой тип повреждений клеток в совокупности с явлениями спонгиоза и акантолиза обусловили появление ячеистой структуры эпителиального пласта.

В собственно слизистой пластинке десны в сосочковом слое обнаруживается диффузная, а в сетчатом – периваскулярная инфильтрация преимущественно лимфоцитами, плазматическими клетками, лейкоцитами (эозинофилами и нейтрофилами), фиброцитами и фибробластами. У некоторых пациентов в составе крупных периваскулярных и диффузных инфильтратов преобладают популяции плазматических клеток и макрофагов.

Наряду с этим имеется диффузное замещение подэпителиальных слоёв нежной соединительной тканью окрашенной по Ван-Гизон в красный цвет.

В единичных случаях – атрофия эпителиального пласта с отсутствием межклеточного отёка в базальном и шиповатом слоях эпителия, что сочетается с отсутствием отёка или незначительным отёком соединительнотканых сосочков. Важной морфогенетической особенностью таких образцов является фиброз собственной пластинки слизистой оболочки, особенно сосочкового слоя.

Выводы. Наличие явлений акантолиза и спонгиоза в шиповидном слое эпителия слизистой оболочки протезного ложа наряду с выраженной перинуклеарной вакуолизацией клеток свидетельствует о присутствии катаральных воспалительных явлений. Атрофические процессы в некоторых биоптатах говорят о склеротических процессах. Присутствие у некоторых пациентов в составе крупных периваскулярных и диффузных инфильтратов преобладающей популяции плазматических клеток и макрофагов свидетельствует о развитии аллергического воспаления.

Такие патологические изменения могут являться результатом токсического и аллергического воздействия микропримесей различных металлов, так как под их влиянием в тканях протезного ложа возникает гипоксия, обусловленная циркуляторными изменениями, что в свою очередь, приводит к нарушению метаболизма тканей.

Рак А. В., Яковлева Д. Ю.

ДИРОФИЛЯРИОЗ ЛИЦА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Украина, Харьков

В последние годы проблема дирофиляриоза (ДФ) является все более актуальной. В публикациях последних семи лет прослеживается тенденция роста заболеваемости и расширения границ дирофиляриоза в Украине. При диагностике ряда заболеваний челюстно-лицевой области, необходимо исключить паразитарные гранулемы, которые довольно часто встречаются в практической деятельности стоматолога.

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь между особенностями клинического течения, диагностики и лечения подкожного дирофиляриоза челюстно-лицевой области. Изучить распространенность данной формы ДФ на территории Харьковской области.

Материалы и методы: нами был проведен анализ историй болезни 19 пациентов с паразитарными гранулемами, вызванными *D. repens*, которые обратились за помощью в стоматологическое отделение ХОКБ за период с 2007 по 2015гг. Зависимости между заболеваемостью, половой принадлежностью и возрастом не наблюдалось. Большинство пациентов проживают в южных районах Харьковской области, где теплый климат способствует росту популяций комаров-переносчиков (Первомайск, Изюм, Лозовая), хотя зарегистрированы случаи заболевания и в шести других районах, исходя из чего можно судить о равномерной распространенности заболевания.

Наиболее часто были вовлечены периорбитальная и надбровная области, реже скуловая, щечная и корень носа, что, возможно, связано с

различной толщиной кожного покрова в этих участках. Всем больным было проведено клиническое обследование, лабораторное (клинический анализ крови, УЗИ).

Результаты и их обсуждение. У 6-ти пациентов дирофиляриоз протекал по типу гнойно-воспалительного процесса. Характерны проявления интоксикации: слабость, недомогание, рецидивирующий субфебрилитет. Объективно: асимметрия той или иной области лица, отек, гиперемия и пастозность кожных покровов, болезненность при пальпации. В ходе обследования выяснили, что признаки абсцесса или флегмоны отсутствуют, флюктуация не определяется, в центре очага поражения – подвижный осумкованный инфильтрат округлой формы, тестообразной консистенции, с четкими границами. У всех остальных пациентов ДФ протекал по типу подкожного новообразования, причем у некоторых наблюдался феномен *larva migrans*: перемещение уплотнения или самого гельминта под кожей на расстояние 5-10см с лобной области в щечную и скуловую.

На УЗИ были выявлены свернутые в клубок паразиты. На сегодняшний день метод является наиболее информативным в дооперационный период. В 70% случаев наблюдали миграцию возбудителя. В клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, количество эозинофилов было в пределах верхней границы нормы – 3-4%.

На основании проведенных клинических и лабораторных исследований нами установлено, что дифференциальную диагностику подкожной формы ДФ необходимо проводить в первую очередь с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и доброкачественными новообразованиями.

Всем больным было проведено хирургическое лечение, которое заключалось в удалении гранул с паразитами. Доступ: внутри-и внеротовой. В литературе описаны варианты дополнительной медикаментозной терапии, но, как показывает практика, ее применение есть не целесообразным в виду локальности поражения. Послеоперационный период протекает без осложнений. Иногда назначают альбендазол по 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней параллельно с антигистаминными препаратами. Инвермектин и диэтилкарбамазин могут вызывать гибель и распад гельминта, провоцируя ряд осложнений. В случае если клиническая картина ДФ напоминала гнойно-воспалительный процесс, перед оперативным вмешательством мы рекомендуем на 1-2 дня проводить комплексную противовоспалительную терапию.

Выводы. Ультразвуковое исследование необходимо использовать в качестве точного инструмента в постановке окончательного диагноза. Лечение подкожного дирофиляриоза является исключительно хирургическим. В каждом конкретном случае характер оперативного вмешательства зависит от локализации гельминта. Увеличение числа бродячих животных, массовая их миграция в природе и населенных пунктах, процесс урбанизации и потепление климата способствуют возрастанию передачи дирофиляриоза от диких плотоядных к домашним животным и человеку.

Рябоконе Е.Н., Стеблянке Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕКУЧИХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Украина, Харьков

Лечение кариеса жевательных зубов остается одной из актуальных проблем в стоматологии. Исследования, проведенные отечественными и зарубежными учеными, показали, что, несмотря на применение современных методик и материалов в лечении кариеса жевательных зубов, часто приходится проводить повторную терапию из-за возникновения таких проблем, как полимеризационная усадка, нарушение краевого прилегания и вторичный кариес, постоперационная чувствительность зубов.

Целью исследования явилось определение эффективности лечения кариеса жевательной группы зубов с использованием текучего композита Filtek Bulk Fill (3M ESPE) и текучего нанокомпозита Filtek™ Ultimate Flowable (3M ESPE).

Объекты и методы исследования. Нами проведено пломбирование кариозных полостей I, II классов по Блэку в 26 молярах по поводу хронического среднего кариеса с применением в качестве дентинозамещающего материала Filtek™ Bulk Fill (3M ESPE) у 24 пациентов в возрасте 19 - 49 лет (I, основная группа). Группу сравнения (II группа) составили 23 пациента, аналогичные по возрасту, диагнозу и локализации кариозных полостей, которым в 27 молярах для создания суперадаптивного лайнерного слоя под прямые реставрации применяли Filtek™ Ultimate Flowable (3M ESPE). Методика пломбирования соответствовала рекомендациям фирм - производителей.

Filtek™ Bulk Fill – текучий композит, вносимый одной порцией толщиной до 4 мм, отличается высокой прочностью и износоустойчивостью, обладает низким полимеризационным стрессом и усадкой. Текучая консистенция обеспечивает максимальную адаптацию к полости, а глубина полимеризации исключает необходимость послойного внесения материала.

Filtek™ Ultimate Flowable вносится в кариозную полость послойно, слоями не толще 2 мм, которые полимеризуются отдельно по 20 сек, он обладает низкой усадкой, применяется как лайнерная прокладка, так и для реставрации небольших полостей.

Вначале лечения пациентам обеих групп проводилось обезболивание, профессиональная гигиена полости рта, затем - препарирование кариозной полости, изоляция рабочего поля, медикаментозная обработка, кондиционирование, нанесение адгезивной системы Single Bond (3M ESPE). У пациентов I группы прокладочный дентинозамещающий материал Filtek Bulk Fill вносили на дно полости и контактный пункт толщиной 3,5-4 мм.

У пациентов II группы Filtek™ Ultimate Flowable вносили в качестве лайнерного слоя толщиной до 2 мм.

В обоих случаях материалы полимеризовали в течение 20 сек, при этом была получена гладкая без пузырьков поверхность.

Для восстановления окклюзионной поверхности зубов в обеих группах использовали универсальный композит Filtek™ Ultimate. Выбранные оттенки материала соответствовали цвету реставрируемых зубов. Проведены моделирование реставрации, полимеризация композита, после окклюзионной коррекции - финишная обработка и полирование реставраций. Всем пациентам были даны рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта.

Оценку эффективности лечения проводили через 6 и 12 месяцев.

Для определения клинических характеристик реставраций, выполненных композитом Filtek™ Ultimate с применением Filtek Bulk Fill и Filtek™ Ultimate Flowable соответственно в I и II группах наблюдения использовали параметры, предварительно сведенные в оценочную шкалу, за основу которой взята шкала Ryge: состояние краевой адаптации, краевое окрашивание, наличие вторичного кариеса, явления дискомфорта. Каждый параметр оценивали по 3-4 уровням. Если все тесты оценены по первому уровню, то пломба считалась «превосходной» (Romeo). Если один или два теста соответствовали второму уровню, пломба оценена на «удовлетворительно» (Sierra). Если часть параметров соответствовала второму уровню, а остальные - третьему, то общая оценка была «неудовлетворительной» (Tango), - пломба нуждается в замене.

Клинические наблюдения при контрольных осмотрах в обеих группах через 6 и 12 месяцев показали хорошие эстетические качества реставраций. В отдалённые сроки через 6 месяцев оценке «Romeo» соответствовало 88% пломб в I группе, оценке «Sierra» - 12%, «Tango» - 0%. При оценке пломб у пациентов II группы через 6 месяцев оценке «Romeo» соответствовало 84%, оценке «Sierra» - 16%, «Tango» - 0%. Спустя 12 месяцев оценке «Romeo» соответствовало 82% у пациентов I группы, оценке «Sierra» - 18%, «Tango» - 0%. Пломбы у лиц II группы соответствовали оценке «Romeo» в 80% случаев, «Sierra» - в 20%, «Tango» - в 0% случаев.

Постоперационная чувствительность после лечения была отмечена у 1 пациента (4%) I группы и у 3 (11%) пациентов II группы.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что применение Filtek™ Ultimate Flowable требует больших затрат времени в

сравнение с дентинозамещающим Filtek Bulk Fill. Filtek Bulk Fill обеспечивает высокое качество лечения в сочетании с быстротой и легкостью пломбирования. Несмотря на большие размеры кариозных дефектов при адгезивных реставрациях применение Filtek Bulk Fill эффективнее снижает постоперационную чувствительность по сравнению с применением лайнерных прокладок.

Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать Filtek Bulk Fill и Filtek™ Ultimate Flowable для широкой клинической практики.

Рябокoнь Є.М., Андрєєва О.В., Крючко А.І., Мірошниченко М.О.
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ
З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ПРОКЛАДОК

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

Україна, Харків

Незважаючи на наявність існуючої системи профілактики та лікування початкових форм карієсу, до тепер карієс зубів залишається одним з найбільш розповсюджених захворювань людства. Глибокий карієс – це остання стадія каріозного процесу, за якою вже йдуть ускладнення, що потребують ендодонтичного втручання. При клінічному діагнозі «глибокий карієс» у пульпі зуба вже наявні явища запальної реакції та дегенеративні зміни. Однак пульпа зуба має високий репаративний потенціал, тому за допомогою лікувальної прокладки необхідно своєчасно стимулювати вироблення третинного дентину та підвищити мінералізацію шару колопульпарного дентину, що створить природний бар'єр між каріозною порожниною та пульповою камерою і тим самим попередить виникнення ускладнень.

За останні роки були запропоновані лікувальні прокладки на основі різних лікарських препаратів, однак і вони, через деякі причини, не отримали широкого розповсюдження та не вирішили проблеми ефективного лікування глибокого карієсу у цілому.

В Україні відомий Na-ацемін (натрієва сіль Σ -ацетиламінокапронової кислоти), який має репаративну та протизапальну дію та застосовується при лікуванні ран, опіків, переломів кісток, у стоматології – лише при лікуванні захворювань пародонта та переломах щелеп. Водночас цей препарат має якості, які потрібні при лікуванні глибокого карієсу: протизапальну та пластикостимулюючу дію (стимулює

відновлення сполучної тканини з паралельним розташуванням волокон колагену), що обумовлює можливість його використання у складі лікувальної прокладки.

Отже, розробка ефективних лікувальних прокладок при глибокому карієсі є актуальною проблемою і потребує використання нових підходів до вибору діючих компонентів лікарських засобів з урахуванням їх механізму дії та складу лікувальних прокладок.

Метою нашого дослідження стало вивчення клінічної ефективності пасти на основі Na-ацеміну при лікуванні глибокого карієсу зубів.

Матеріали та методи досліджень. Доцільність та ефективність використання пасти на основі Na-ацеміну для лікування глибокого карієсу вивчали за результатами спостережень 84 хворих віком від 18 до 57 років. Було виліковано 190 зубів, з них з діагнозом хронічний глибокий карієс – 123 зуба, гострий глибокий карієс – 67 зубів. Робота з хворими полягала в клінічному обстеженні, лікуванні та динамічному спостереженні. Із додаткових методів застосовували загальноприйнятий функціональний показник – електроодонтометрію (ЕОМ).

Основну групу склали 127 зубів 81 пацієнта, у яких на дно каріозної порожнини на проєкційні точки накладали лікувальну прокладку на основі Na-ацеміну, оптимальна відсоткова концентрація котрої була визначена за результатами експериментальних досліджень та дорівнювала 1 %. Групу порівняння склали 63 зуба у 47 пацієнтів, у яких ми використовували лікувальну прокладку на основі гідроксиду кальцію. Ефективність терапії хворих із глибоким карієсом лікувальними прокладками, що містять гідроксид кальцію та Na-ацемін, оцінювалася шляхом порівняння даних клінічного обстеження (скарги пацієнта та результатів об'єктивного дослідження) та цифр ЕОМ протягом 2 років від початку лікування (через 2 тижні, 2, 4, 6, 9 місяців, 1 та 2 роки).

Результати. Порівняння показників ЕОМ при використанні різних лікувальних прокладок свідчить, що при першому відвідуванні при хронічному та при гострому глибокому карієсі різниця їх середніх значень майже відсутня. Через 2 тижні була достовірна різниця показників ЕОМ при використанні Na-ацеміну та гідроксиду кальцію, а через 2 місяці вже можна підтвердити кращий лікувальний ефект прокладки з Na-ацеміном. Тобто різниця середніх значень ЕОМ достовірно пов'язана з якість лікувальної прокладки, що була використана.

Значення порогу збудливості пульпи зубів через 4 місяці показали поліпшення стану пульпи ще в більшій мірі, ніж через 2 місяці. Показники ЕОМ зубів, які були вилікувані з використанням Na-ацеміну, наближаються до функціональних значень (5,1 – 6,6 мкА). При використанні лікувальної прокладки на основі гідроксиду кальцію показники ЕОМ складали 8,32 – 8,49 мкА. Більш значні позитивні зміни у пульпі спостерігаються у строки 2 - 4 - 6 місяців незалежно від матеріалу лікувальної прокладки. Причому при гострому глибокому карієсі процес поновлення пульпи відбувається скоріше, ніж при хронічному процесі.

Через 6 місяців після проведеного лікування будь-яких значних змін показників ЕОМ не відзначалося, як і під час подальших контрольних оглядів через 9 місяців, 1 рік та через 2 роки. Тобто, починаючи з 6 місяця після проведеного лікування гострого та хронічного глибокого карієсу, показники ЕОМ стабілізуються.

Результати ЕОМ зубів, які були вилікувані з використанням пасти на основі гідроксиду кальцію, не підтверджують підвищення функціонального стану пульпи до норми навіть у віддалені строки (2 роки).

Висновки. За даними клінічних досліджень та ЕОМ, доведено, що

використання прокладки на основі Na-ацеміну для лікування глибокого карієсу зубів приводить до поновлення функціональних властивостей пульпи. Застосування Na-ацемінвмісної пасти розширює арсенал прокладок для лікування глибокого карієсу, є методом вибору, який може бути використаний як альтернатива іншим лікувальним матеріалам. Запропонована паста підвищує ефективність лікування гострого та хронічного глибокого карієсу зубів, приводить до нормалізації показників електрозбудливості пульпи у найкоротші терміни та зменшує кількість ускладнень.

Рябокони Е.Н., Андреева Е.В., Крючко А.И., Мирошниченко Н.А.

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ
ХЕЙЛИТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра терапевтической стоматологии

Украина, Харьков

Самостоятельные хейлиты занимают значительное место в структуре стоматологических заболеваний среди пациентов любой возрастной категории.

Эпителий красной каймы губы постоянно находится в неблагоприятных условиях, включающих высокую микробную обсемененность, мацерацию слюной, вредные привычки (курение, облизывание и кусание губ), травму зубами, неблагоприятные метеорологические факторы. Красная кайма губ, углы рта и кожа периоральной области нередко являются местом манифестации общесоматических заболеваний.

Причины и механизм развития некоторых заболеваний губ неизвестны. У большинства больных хейлит встречается сочетанно с другими стоматологическими заболеваниями и патологией внутренних органов. Часто в основе патологии лежат сосудисто-тканевые нейрогенные механизмы, а также нарушения психоэмоциональной сферы. Не исключена роль наследственного фактора в их возникновении (А.Л. Машкиллейсон, С.А. Кутин, 1976).

Целью нашего исследования явилось определение распространенности самостоятельных хейлитов среди студентов стоматологического и медицинского факультетов, обучающихся на кафедре терапевтической стоматологии.

Объекты и методы исследования.

Клинические исследования проводились с 2013 по 2015 год. В работе была использована систематика заболеваний слизистой оболочки полости рта Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца.

Клиническое обследование 480 студентов в возрасте 19-24 лет обоего пола проводилось по общепринятой методике и складывалось из опроса и осмотра. Устанавливали характер жалоб, время их появления, продолжительность заболевания, наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний, вредных привычек. Выясняли, проводилось ли лечение по поводу данного заболевания и его эффективность. Обращали внимание на аллергологический статус и наследственность. Осмотр и пальпация челюстно-лицевой области включали определение цвета, целостности, тургора кожных покровов, состояния костной и мышечной системы, регионарных лимфоузлов.

Оценивая состояние красной каймы губ и кожи периоральной области, обращали внимание на архитектонику, цвет, увлажненность, наличие корочек, трещин, эрозий, состояние углов рта, наличие лихенизации и пигментации кожи в области комиссур. Выявляли сухость красной каймы губ, болезненность губ и комиссур при широком открывании рта, улыбке, приеме пищи, эстетические недостатки. Определяли состояние слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта, зубов, присутствие в полости рта разнородных металлических конструкций, выявляли наличие травматических факторов.

Результаты и их обсуждение.

В результате проведенного обследования хейлит был выявлен у 54 человек (11,3%): эксфолиативный (сухая форма) – у 11 обследованных (20,4%), метеорологический – у 29 человек (53,7%), актинический – у 5

пациентов (9,3%), хронические рецидивирующие трещины губ (ХРТГ) – у 9 человек (16,6%), причем у 2 они сочетались с эксфолиативным хейлитом и у 4 обследованных – с метеорологическим хейлитом.

Все выявленные формы хейлита локализовались на нижней губе, за исключением одного случая, где трещина была выявлена на слизистой оболочке верхней губы в месте контакта с неполноценными пломбами на центральных резцах верхней челюсти. Центральные трещины встречались у 5 человек, парацентральные – у 1 обследованного, у 2 человек были поражены комиссуры.

Из числа пациентов с хейлитом 12 человек (22,2%) отмечали в анамнезе хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, 25 студентов (46,3%) имели вредные привычки (курение, прием острой пищи, облизывание и хроническое прикусывание губ), практически все, а именно 50 человек (92,6%) отмечали хроническое психоэмоциональное напряжение, расстройство сна, невротические состояния. Из 54 больных 36 были мужского пола, что составило 66,6%, т.е. 2/3 обследованных.

Лечение проводилось комплексно с учетом индивидуальных особенностей. В план лечения включали коррекцию гигиены полости рта и профессиональную гигиену, санацию полости рта, устранение травмирующих факторов. Больным рекомендовано отказаться от вредных привычек, в холодное время года использовать гигиенические помады. Пациенты были направлены на обследование и, при необходимости, лечение у гастроэнтеролога, эндокринолога и невропатолога.

Таким образом, хронические рецидивирующие трещины губ, эксфолиативный и метеорологический хейлиты – наиболее часто встречающиеся заболевания губ.

Более высокая распространенность хейлита у лиц мужского пола объясняется, с нашей точки зрения, применением женщинами губной

помады в качестве протектора для красной каймы губ. Кроме того, мужчины чаще курят, меньше озабочены эстетикой губ и обращаются за помощью к врачу в более поздние сроки.

Большинство пациентов с хейлитом нуждались в обследовании смежными специалистами и в проведении санационных мероприятий врачом-стоматологом.

Выводы. Учитывая высокую распространенность хейлитов у лиц молодого возраста, хроническое течение и рецидивирующий характер различных форм хейлита, а также тот факт, что многие из них являются фоном для развития онкопатологии, необходимы ранние профилактические мероприятия, которые включают своевременную санацию полости рта, исключение вредных привычек, а также своевременное обследование и лечение у врачей общего профиля.

Рябоконь Є.М., Костюк Н. Г.

**КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОКЛАДОЧНОГО
МАТЕРІАЛА СВІТЛОВОГО ТВЕРДЕННЯ**

Jen – Line LCF (JenDental)

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

Україна, Харків

З розширенням ринка сучасних пломбувальних матеріалів постає нагальна потреба у використанні відповідних прокладок. Останні повинні бути сумісні з більшістю пломбувальних матеріалів, володіти біоінертністю та позитивно впливати на пульпу та тверді тканини зуба, мати гарні адгезивні властивості, не порушувати естетику реставрації тощо [Борисенко А.В., Неспрядько В.П., 2002, Ф. Данилевський з співавт., 2004]. Тому пошук ефективного прокладочного матеріала залишається наразі актуальною проблемою.

Нашу увагу привернув прокладочний матеріал світлового тверднення Jen – Line LCF виробництва фірми JenDental, що саме відповідає за своїми характеристиками сучасним вимогам. Завдяки уретан-диметакрилатній матриці в його основі, препарат має хімічну спорідненість з більшістю світлотверднучих пломбувальних матеріалів та гарну адгезію до дентина. Наявність гідроксилапатита та невеликої кількості гідроксида кальція обумовлює безпечний поступовий вплив на пульпу та тверді тканини. Сполуки фтора у складі надають антикаріозні властивості матеріалу. Метою нашої роботи було визначити ефективність застосування прокладки Jen – Line LCF при лікуванні глибокого карієса та його сумісність з різними пломбувальними матеріалами світлового тверднення. Під нашим наглядом знаходилось 25 пацієнтів віком 21-60 років, яким проліковано 25 зубів з приводу хронічного глибокого карієса. Були сформовані 2 групи пацієнтів відповідного віку, які мали

схожу патологію. Усім хворим було проведено клінічне обстеження, встановлений діагноз, проведена професійна гігієна порожнини рота. В основній групі (14 пацієнтів) проліковано 14 зубів з застосуванням Jen – Line LCF. Матеріал накладали на дно каріозної порожнини шаром 0,3-0,5 мм та засвічували впродовж 20-30 сек. У групі порівняння (11 пацієнтів) використовували за традиційною схемою саліцилатну лікувальну прокладку Life(Kerr). В порожнинах 5 класу у якості постійного пломбувального матеріала застосовували компомер Dyract X-try (Dentsplay). В інших випадках поверх прокладки реставрацію завершували за допомогою композитних матеріалів світлового тверднення Spectrum (Dentsplay) та Лателюкс (Латус) згідно загальноприйнятим методикам [Ф. Данилевський з співавт., 2004]. Контрольні обстеження пацієнтів обох груп проводили через 2 тижні, 6 місяців, 12 місяців, 18 місяців. У ході спостереження нами отримані такі результати. В основній групі на протязі часу спостереження пацієнти не виказували скарг. Пломби щільно прилягали до країв порожнин, мали естетичний вигляд. Перкусія лікованих зубів, реакція на холод були безболісні. Позитивна динаміка підтверджувалась даними ЕОД, рентгенографії. У групі порівняння через 18 місяців зафіксовано 2 випадки порушення кольору пломб у порожнинах 2 та 3 класу; 1 випадок розвитку ускладненого карієса в особи молодого віку(21 рік).

На основі проведених нами клінічних спостережень та отриманих результатів можна зробити висновок, що застосування прокладки світлового тверднення Jen – Line LCF при лікуванні глибокого карієса є ефективним. Препарат добре сумісний з найбільш часто вживаними сучасними пломбувальними матеріалами – компомерами та композитами світлового тверднення. Матеріал тиксотропний та зручний у роботі. Може бути рекомендований для широкого використання у практичній стоматології.

Слинько Ю.О.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ МІНЕРАЛЬНОГО
ОБМІНУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ТА ХАРАКТЕРОМ
РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЇХНІХ МАТЕРІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії

та імплантології

Україна, Харків

Актуальність. Проблема впливу гіпокінезії – стану, який є однією з ознак способу життя сучасної людини, на її організм, у тому числі на зубощелепну систему, стає все більш актуальною (Алексеєнко Р.В., 2011) Стоматологи починають поглиблено вивчати дані питання, так як порожнина рота здатна відбивати загальний стан реактивності організму при зміні умов середовища проживання. Дослідження, виконані останніми роками в цьому напрямку, нечисленні. Але вони демонструють сам факт змін в зубощелепній системі, розкрито також деякі механізми їх розвитку (Сакварелидзе І.В., 2006; Karjalainen S. et al., 2002).

Відомо, що кісткова система однією з перших реагує на стан зниження рухової активності (Михайлов В.М., 2002). Тому, враховуюче зазначене, а також ту роль, яку відіграють кальцій (Са) та фосфор (Р) в підтримці мінерального гомеостазу, **метою** роботи стало вивчення рівнів Са та Р в крові експериментальних тварин, матері яких перебували під час вагітності в умовах обмеженої рухової активності.

Об'єкти та методи дослідження. У проведенні експерименту з моделювання гіпокінезії брали участь 12 щурів-самок лінії Вістар. Отримане від тварин потомство (72 особини) утримувалося в однакових умовах до 3-місячного віку, після чого, згідно з нормами біоетики, було виведено з експерименту декапітацією під тіопенталовим наркозом.

Експериментальних тварин було розподілено на 2 групи. До контрольної 1-ї групи віднесли потомство самиць, які перебували під час періоду виношування в стандартних клітках; у 2-у групу увійшли тварини, у матерів яких моделювали стан гіпокінезії шляхом утримання їх в клітках з зменшеною площею. Вміст Са та Р в сироватці крові потомства експериментальних тварин визначали на біохімічному аналізаторі «LabLine-80».

Результати дослідження. Аналіз величин концентрації Са в сироватці експериментальних тварин показав, що у щурів 2-ї групи істотно зменшувався рівень Са. Так, якщо у інтактних тварин (1-ша гр.) досліджуваний показник становив $2,51 \pm 0,06$ ммоль/л, то у потомства гіпокінетичним самок він дорівнював $2,03 \pm 0,04$ ммоль/л. Останній показник менше за попередній в 1,2 рази, що є статистично достовірним ($p < 0,05$). Слід зазначити, що динаміка змін вмісту Р була зворотною. Так, досліджуваний показник у групі тварин, матері яких перебували в період виношування в умовах гіпокінезії (2-га група), становив $23,51 \pm 0,75$ мкмоль/л. У контрольних тварин (1-ша група) рівень фосфору в сироватці крові дорівнював $19,26 \pm 0,32$ мкмоль/л, що в 1,2 рази нижче в порівнянні з експериментальною групою ($p < 0,05$).

Більш об'єктивно здатність кісткової тканини до колагеноутворення й мінералізації, ніж кожен елемент окремо, відображає співвідношення Са до Р. У контрольних тварин (1-а гр.) даний коефіцієнт становив $0,13 \pm 0,03$, а у експериментальних (2-га гр.) – $0,08 \pm 0,03$.

Висновки. Фосфорно-кальцієвий обмін у потомства самиць щурів, які перебували в умовах гіпокінезії під час виношування, характеризується різноспрямованим дисбалансом. Виявлені зміни коефіцієнта Са/Р можуть свідчити про зниження біосинтезу кісткової тканини й формування схильності до резорбтивного процесу.

Слинько Ю.О., Волченко Н.В.

**ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА В ДІТЕЙ, МАТЕРІ ЯКИХ ПІД ЧАС
ВАГІТНОСТІ ЗАЗНАЛИ УМОВ ГІПОКІНЕЗІЇ**

Харківський національний медичний університет

*Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії
та імплантології*

Україна, Харків

Результати численних наукових досліджень свідчать про зростання негативного впливу на загальний стан людей пошкоджуючих факторів навколишнього середовища, шкідливих умов праці та способу життя. Серед останніх – гіпокінезія, наслідками якої для організму людини є зменшення резервних можливостей усіх функціональних систем, зниження толерантності організму до дії подразнюючих впливів, підвищення ризику захворювань, зміни відповідних реакцій організму на лікувальний вплив (Качелаева Ю.В., 2010; Коритко З.І., 2013).

Наслідки гіпокінезії майбутніх матерів для здоров'я потомства, зокрема стану зубощелепної системи, тільки почали привертати увагу дослідників, публікації в доступній літературі відсутні. Тому вивчення впливу малорухомого способу життя матерів під час вагітності на стан тканин пародонта їх дітей можна визнати за актуальне.

Також відомо, що роль гігієни порожнини рота в розвитку запалення тканин пародонта є провідною (Грудянов А.И., Фоменко Е.В., 2010; Борисенко А. В. та співав., 2011; Imamura T., 2003). Тому, головною метою цієї роботи є вивчення гігієни порожнини рота в дітей різних вікових груп в залежності від характеру рухової активності їхніх матерів під час вагітності.

Об'єкти та методи. Діти основної групи (n=106) народилися від матерів, які під час вагітності мали низький рівень фізичної активності, а

діти групи порівняння – від матерів, які мали середній рівень фізичної активності. Кожна з груп дітей в свою чергу була поділена на три підгрупи в залежності від віку: 6-7 років, 11-12 років, 15-16 років. Гігієнічний стан порожнини рота школярів оцінювали за індексом Федорова-Володкіної (Борисенко А. В. та співав., 2011).

Результати дослідження та їх обговорення. Переважна більшість школярів обох груп різного віку намагаються підтримувати гігієну порожнини рота на високому рівні – хороший стан гігієни порожнини рота спостерігався в $(56,6 \pm 3,4)\%$ дітей основної групи та в $(59,0 \pm 3,4)\%$ дітей групи співставлення ($P > 0,05$). При аналізі вікової динаміки встановлено, що кількість дітей з хорошим рівнем гігієни з роками поступово збільшується ($P < 0,05$) в незалежності від того, який варіант рухової активності був у їхніх матерів під час вагітності. Останнє є відображенням психо-фізичних етапів розвитку дітей та підвищенням мотивації школярів до збереження стоматологічного здоров'я.

Показники індексу гігієни від 1,6 до 2 балів, які відповідають задовільному рівню, були зафіксовані в $(18,9 \pm 4,6)\%$ та в $(17,0 \pm 4,6)\%$ дітей відповідно основної групи й групи порівняння ($P > 0,05$). Вікова динаміка даного рівня гігієни порожнини рота (від 6-7 до 15-16 років) міститься в незначному підвищенні цих показників: в 1,2 рази в основній, в 1,1 – в групі порівняння ($P > 0,05$).

Інша закономірність у показниках індексу гігієни за Федоровим-Володкіною встановлена для незадовільного рівня з інтервалом його значень від 2,1 до 2,5 балів. Так, в основній групі частота зустрічальності даного рівня індексу знизилася в 1,3 рази з $(17,1 \pm 4,6)\%$ в 6-7 річному віці до $(12,9 \pm 4,0)\%$ в 15-16-річному. В групі порівняння показники знизившись в 1,5 рази к 11-12-річному віці (з $12,9 \pm 4,1\%$ до $8,8 \pm 3,4\%$, $P > 0,05$) в 15-16-річних дітей знову зросли до рівня 6-7-річних (до

12,9±4,1%). За узагальненими даними в основній групі питома вага дітей з незадовільним рівнем гігієни (14,2±2,4%) хоча і була дещо вищою за показник дітей групи порівняння (11,0±2,2%), але статистичної значущості ця відмінність не мала ($P>0,05$).

Найбільш низькі рівні гігієни – поганий (2,6 - 3,4 балів) і дуже поганий (3,5 – 5,0 балів) відмічався серед дітей 6-7 років відповідно в (11,4± 3,9)% випадків у основній та (12,9 ± 4,1)% – в групі порівняння ($P>0,05$), в (5,7 ± 2,8)% випадків у основній та (9,7 ± 3,6)% – в групі порівняння ($P>0,05$). У 11-12-річних школярів встановлене незначне зниження зустрічальності поганого й дуже поганого рівнів гігієни ($P>0,05$), а в дітей 15-16 річного віку таких показників догляду за порожниною рота взагалі виявлено не було.

Висновки. Більшість школярів усіх вікових груп підтримують гігієну порожнини рота на хорошому та задовільному рівнях. Покращення показників догляду відбувається поступово з дорослішанням дітей внаслідок підвищення мотивації до збереження стоматологічного здоров'я. Незважаючи на певні відмінності в показниках, тенденції в віковій динаміці та в узагальнених даних щодо стану гігієни порожнини рота обстежених школярів за індексами Федорова-Володкіної були аналогічними і не виявили чіткої залежності від рухової активності їхніх матерів під час вагітності. Тобто мікробний фактор не є провідним у патогенезі захворювань тканин пародонта у дітей, матері яких під час вагітності зазнали умов гіпокінезії.

Соколова И.И., Ярошенко Е.Г.

**ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ПУТЕМ ГЛУБОКОГО
ФТОРИРОВАНИЯ**

И МИНЕРАЛЬНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Украина, Харьков

Проблема высокой заболеваемости кариесом зубов у детей дошкольного и раннего школьного возраста остается актуальной как в Украине, так и в большинстве стран бывшего СНГ. По данным Л.А.Хоменко частота кариеса у дошкольников по Украине составляет от 71,94% до 82,48%. Совершенствование методов и средств, направленных на предупреждение возникновения, является актуальной задачей профилактической стоматологии. В течении последних десятилетий применение фторсодержащих препаратов признано самым массовым методом профилактики кариеса у детей и взрослых. Поэтому профилактика стоматологических заболеваний входит в число наиболее актуальных направлений современной стоматологии. В настоящее время в вопросах профилактики все больше и больше внимания уделяется фактору повышения резистентности зубов к кариесу.

Поэтому целью наших исследований явилось изучение эффективности применения солевой системы для глубокого фторирования Ftorcalcit-E.

Материалы и методы исследования: группу обследованных составили 54 ребенка в возрасте от 5,5 до 7,5 лет. Все дети были обследованы и санированы на кафедре стоматологии ХНМУ. Установлено что, 21 ребенок имел индекс $кп=5\pm 1,24$; 19 детей индекс интенсивности кариеса составил $6\pm 1,18$ и у 14 детей был равен $8\pm 1,13$.

После проведения санации полости рта, по мере прорезывания первых постоянных моляров мы проводили минеральную герметизацию фиссур. Перед тем как нанести солевую систему фиссуры предварительно очищали от мягкого налета, высушивали сжатым воздухом, затем обрабатывали фиссуры жидкостью №1 Ftorcalcit-*E*, затем, не делая полоскания, наносили жидкость №2 Ftorcalcit-*E*, и через 1 минуту проводили полоскание полости рта. Процедуру проводили 1 раз в 6 месяцев. При прорезывании постоянных резцов проводили профилактику (обработку поверхностей резцов) путем глубокого фторирования. Зубы очищали щеткой, включая межзубные пространства, высушивали сжатым воздухом и обрабатывали поквадратно с помощью тампона, смоченного жидкостью №1 Ftorcalcit-*E*, затем, не делая полоскания, наносили жидкость №2 Ftorcalcit-*E*, и через 1 минуту проводили полоскание полости рта. Процедуру проводили 1 раз в 6 месяцев. Наблюдения за детьми вели в течении двух лет.

Клиническая оценка результатов минеральной герметизации фиссур первых постоянных моляров и профилактики кариеса путем глубокого фторирования постоянных резцов Ftorcalcit-*E* показала высокую эффективность. Так, при проведении контрольных осмотров через 6 мес., 12 мес., и 18 мес. было установлено, что у 100% пациентов зубы оставались здоровыми. Через 24 месяца интактная эмаль сохранялась у $97 \pm 1,01\%$ детей.

Выводы:

У детей дошкольного и раннего школьного возраста с повышенной кариесогенной ситуацией в полости рта и высоким уровнем интенсивности кариеса временных зубов (от $5 \pm 1,24$ до $8,13$) целесообразно проводить профилактические мероприятия с использованием современных отечественных профилактических средств,

действие которых направлено на предупреждение возникновения кариеса в первых постоянных молярах и постоянных резцах.

Полученные данные свидетельствуют о высокой профилактической эффективности солевой системы для глубокого фторирования Ftorcalcit-*E*. Через 18 месяцев у 100% детей состояние эмали фиссур первых постоянных моляров не претерпевало изменений, а через 24 месяца у $97 \pm 1,01\%$ пациентов твердые ткани обработанных зубов оставались интактными.

Спиридонова К.Ю.

**АНТИМІКРОБНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОТОАКТИВОВАНОЇ
ДЕЗІНФЕКЦІЇ ПРИ СУБКОМПЕНСОВАНОМУ ПЕРЕБІГУ
КАРІЄСУ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії

та імплантології

Україна, Харків

Актуальність. Враховуючи те, що основним механізмом розвитку карієсу зубів є демінералізація емалі бактеріальними органічними кислотами, важливим напрямком профілактики є зниження карієсогенної дії мікробного нальоту. Однак, великий спектр протимікробних препаратів, що існують на даний момент, і використовуються в т.ч. в одонтології, має ряд побічних ефектів: їх використання призводить до масового знищення мікрофлори усього біотопу порожнини рота і селекції стійких штамів мікроорганізмів. А на тлі активного перебігу карієсу, коли відзначається зростання вмісту мікроорганізмів із високим патогенним потенціалом у складі зубної бляшки є недовірливими. Саме тому перед дослідниками постає необхідність пошуку нових шляхів антимікробного впливу.

Таким методом стала антимікробна фотодинамічна терапія, що заснована на фотохімічній деструкції патогенних мікроорганізмів при поєднаному впливі речовини-фотосенсибілізатора і оптичного випромінювання з довжиною хвилі, що відповідає спектру поглинання сенсибілізатора.

Мета дослідження – вивчити антимікробну дію фотоактивованої дезінфекції на мікрофлору зубного нальоту у дітей з субкомпенсованим перебігом карієсу.

Матеріали і методи. В ході епідеміологічного обстеження дітей 6-7 років нами були відібрані 30 чоловік із субкомпенсованою формою карієсу (КПВ+кп 5-8). У кожної дитини був зібраний зубний наліт. Сукупну мікрофлору зубного нальоту зважували у 0,9 мл цукрового бульйону. Мікродозатором 0,05 мл висівали на чашку з 5% - вим кров'яним агаром. Перший висів служив контролем. Після цього в пробірку вносили 0,1 мл 0,1% - ого розчину етакридину лактату. Час експозиції 60 сек. Далі мікродозатором 0,05 мл висівали на чашку з 5% - вим кров'яним агаром і піддавали дії лазерного випромінювання з довжиною хвилі 445 нм впродовж 120 сек (щільність потужності 100 мВт/см²). В кожній чашці матеріал з крапель ретельно розподілявся шпателем по поверхні агару. Чашки поміщали в термостат на 24-36 годин при 37 ° С, після чого підраховували кількість колоній (КУО / мл).

Результати дослідження. Порівнюючи вихідний рівень колоній, що зросли (дані контрольного посіву) та кількість колоній, що вирости після проведення фотоактивованої дезінфекції нами був встановлений виражений антимікробний ефект ($p < 0,05$), що підтверджується зниженням мікробного числа від $6,11 \pm 0,22 \times 10^3$ КУО/мл в контролі до $0,38 \pm 0,03 \times 10^3$ КУО/мл після проведення фотоактивованої дезінфекції.

Висновки. Таким чином, в ході експерименту встановлено, що поєднане застосування розчину етакридину лактату та лазерного випромінювання синього спектру має виражений протимікробний ефект, що підтверджується зниженням числа КУО/мл сукупної мікрофлори зубного нальоту. А ефективність фотоактивованої дезінфекції при субкомпенсованому перебігу карієсу становить близько 94%.

Ткаченко Ю.В., Якименко Е.С.

**ИНТЕГРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВЕННЫХ И
КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ НА ЛАТЕРАЛЬНЫХ ТРГ
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА ЧЕЛЮСТНОГО РОСТА**

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Актуальность исследования. Для планирования ортодонтического лечения (ОЛ) растущих пациентов необходимо прогнозирование челюстного роста. Стабильность результатов ОЛ определяется клиническими решениями: началом первой фазы (раннее ОЛ), видом применяемой аппаратуры (съёмная или несъёмная, механического или функционального действия), целесообразностью использования внеротовой тяги, а также использованием ортохирургии.

ОЛ гнатических форм зубочелюстных аномалий (ЗЧА) функциональными аппаратами наиболее эффективно в период, предшествующий пику челюстного роста (Baccetti T., 2000 г., Faltin K. J., 2003 г.)

Очень часто при ЗЧА окклюзионный дисбаланс вызван ротацией челюстных костей (ЧК) и провоцирует пародонтопатии и мышечно – суставные дисфункции у растущих пациентов (Андреищев А.Р., 2008 г.,

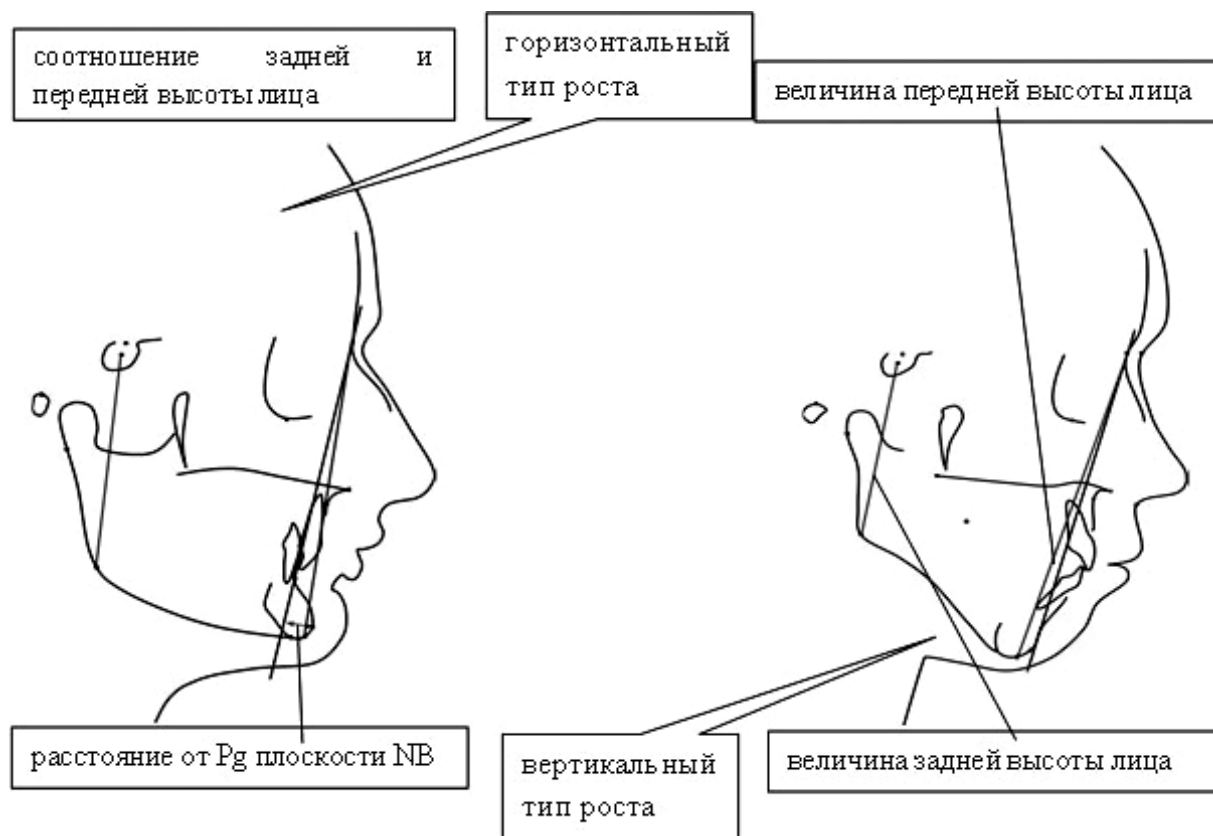


Рис. 2. Линейные количественные параметры, используемые для определения типа челюстного роста.

Герасимов С.Н., 2009 г.).

Коррекция взаимоотношений челюстных костей (ЧК) в сагиттальной и вертикальной плоскости возможно посредством деротационной терапии. Для менеджмента челюстного роста необходимо учитывать его тип: гармоничный (нейтральный) или дисгармоничный (вертикальный или горизонтальный).

Определение факторов, свойственных вертикальному и горизонтальному типам челюстного роста возможно только: для двухмерных изображений - при проведении телерентгенографии, для трёхмерных – компьютерной томографии костей черепа, позволяющим не

только определить истинные размеры челюстных костей, но и их взаимоотношение с костями черепа.

Таким образом, все вышеперечисленные факторы указывают на

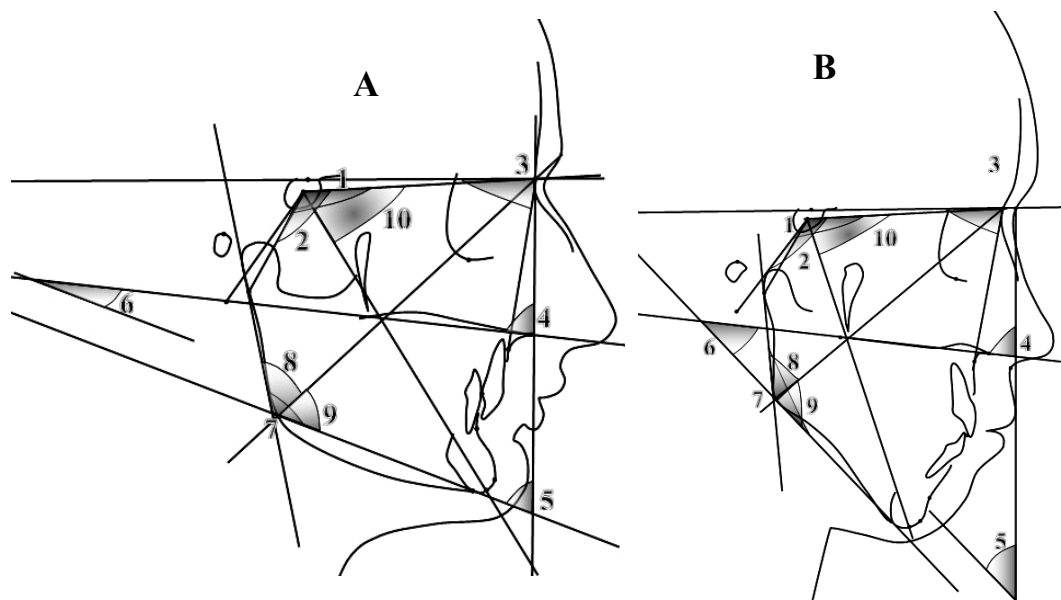


Рис. 3. Угловые количественные параметры, используемые для определения типа

челюстного роста (А – горизонтальный В – вертикальный): 1) $\angle NSRa$; 2) $\angle NSAg$; необходимость интеграции качественных и количественных показателей анализа латеральных ТРГ для прогнозирования типа челюстного роста.

Цель исследования – повышение эффективности ортодонтического лечения растущих пациентов, путём разработки интегрального анализа качественных и количественных параметров латеральных ТРГ для прогнозирования типа челюстного роста.

Материал и методы исследования. Нами было изучено 57 латеральных ТРГ пациентов в возрасте от 6 до 12 лет в период раннего и позднего сменного прикуса.

При анализе качественных параметров использовали метод структурных признаков Бьёрка и Скиллера (рис. 1). Угловые и линейные параметры исследовались методами Шварца, Ярабака, Доунса, Штайнера (рис. 2, 3).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования нами установлено, что из 57 латеральных ТРГ 27 снимков (3 аномалии 1 класса Энгля, 20 – аномалии 2 класса и 4 – аномалии 3 класса Энгля) характеризовали горизонтальный челюстной рост и 30 – вертикальный (6 аномалии 1 класса Энгля, 16 – аномалии 2 класса и 8 – аномалии 3 класса Энгля).

Из всех качественных и количественных (линейных и угловых) наиболее информативными для определения типа челюстного роста нами выделены 15 параметров, объединённых в интегральном анализе (табл. 1).

Таблица 1.

Параметры интегрального анализа типа челюстного роста на латеральных ТРГ.

/ П	Показатель	Горизонтальный рост	Вертикальный рост
	$\angle NSBa$	< 124 – прогнатический тип профиля	> 136 – ретрогнатический тип профиля
r	$\angle NSA$	< 118 – горизонтальный рост	> 128 – вертикальный рост
	$\angle F$	> 95 – антепозиция верхней челюсти	< 85 – ретропозиция верхней челюсти
	$\angle I$	> 95 – антеинклинация верхней челюсти	< 85 – ретроинклинация верхней челюсти
	$\angle Pn-$	> 70 – антеинклинация нижней челюсти	< 60 – ретроинклинация нижней челюсти

	MP		
	$\angle B$	< 15 – горизонтальный рост	> 25 – вертикальный рост
	$\angle G$	< 118 – горизонтальный тип роста	> 129 – вертикальный тип роста
	$\angle N$ - Go-Ar верхний нижнечелюс тной угол	< 52 – горизонтальный рост	> 55 – вертикальный рост
	$\angle N$ - Go-Me нижний нижнечелюс тной угол	< 70 – горизонтальный рост	> 75 – вертикальный рост
	$\angle NSG$ n угол оси Y	< 61 – горизонтальный рост	> 71 – вертикальный рост
	соотн ошение задней и передней высоты лица $\frac{S - Go \times 100}{N - Me}$	< 62 – горизонтальный рост	> 65 – вертикальный рост
	напра	загиб к средней линии	наклон от средней

введение соединения головки нижней челюсти с суставным отростком		линии
форма края нижней челюсти	контур нижнего края покатый, сглаженный	«ступенька» в области угла нижней челюсти разной степени выраженности и «утолщение» перед симфизом
форма подбородоч ного выступа	резко выражен, симфиз вытянут в сагиттальной плоскости	слабо выражен, симфиз вытянут в вертикальной плоскости
рассто яние от плоскости от P _g до плоскости NB	2 мм и более	до 2 мм

Вывод: в данном исследовании обобщены в интегральный анализ качественные и количественные параметры, позволившие всесторонне оценить тип ротации челюстных костей и, соответственно, определить тенденцию роста.

Томилина А.В., Томилин В.Г.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТРУЗИОННОГО ВНУТРИРОТОВОГО
АППАРАТА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА СНА.**

Врач-стоматолог КУОЗ стоматологическая поликлиника №4 г. Харькова

**Доцент кафедры ортопедической стоматологии ХНМУ*

Харьков, Украина

Нарушение дыхания во сне – это социальная проблема, о которой многие стесняются говорить вслух, иногда уходят от обсуждения этой проблемы даже с близкими людьми. Известно, что нарушение дыхания у спящего человека приводит к резкому ухудшению качества сна. По данным различных авторов, в возрастной группе от 41 до 64 лет 40% женщин и 60% мужчин, а по обобщенным данным, около 30% всего взрослого населения, постоянно храпит во сне. Храп является предвестником и одним из основных симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Возникающий при этом симптомокомплекс характеризуется головными болями, повышенной сонливостью, снижением внимания и памяти, раздражительностью, что существенно увеличивает риск развития артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, инфаркта миокарда, инсульта и даже внезапной смерти во сне. Стоит отметить, что особенно опасны приступы острой сонливости при ухудшении качества сна во время исполнения служебных обязанностей лицами таких профессий, которые требуют повышенного внимания, например диспетчеры служб авиатранспорта, лица, управляющие автотранспортом и т.п. Такое состояние, возникающее у работника данной сферы, может существенно увеличить риск возникновения дорожно-транспортных происшествий, чрезвычайных ситуаций, катастроф.

На сегодняшний день известны основные способы лечения этого состояния. Они разнообразны, условно их можно разделить на следующие категории: обще профилактические мероприятия (снижение массы тела, прекращение или ограничение курения, исключение приема алкоголя и снотворных препаратов); позиционное лечение; полоскания горла маслянистыми жидкостями; обеспечение свободного носового дыхания; применение внутриротовых приспособлений; тренировка мышц языка и нижней челюсти; лазерная пластика и криопластика; хирургическое лечение; лечение положительным и постоянным давлением в дыхательных путях (CPAP-терапия). Применение внутриротового ночного протрузионного аппарата улучшает общее состояние больных в 77% случаев, и способствует улучшению качества сна. В последнее время возникает необходимость в активном поиске новых отечественных материалов для изготовления протрузионного аппарата, которые имели бы низкую себестоимость, простую технологию изготовления, были безопасными и не травмировали органы полости рта.

Нами был проведен анализ физико-механических и токсиколого-гигиенических свойства материала «Боксил-Экстра», его устойчивость к воздействию микроорганизмов и продуктов их метаболизма, которое существенно уменьшает потенциально возможное бактериальное загрязнение поверхности, позволяет применять его в клинике ортопедической стоматологии для изготовления внутриротового ночного протрузионного аппарата, как одного из средства профилактики синдрома обструктивного апноэ сна.

Шевчук В.А., Одушкина Н.В., Шевцов А.А.

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО
ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА У ДЕТЕЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Операция удаление нижнего третьего моляра (НТМ) является одной из самых распространенных в комплексном лечении патологии прикуса у детей. Хирургические способы лечения дистопии НТМ не исключают развитие ранних и поздних осложнений: альвеолит, нагноение послеоперационной раны, неврит нижнелуночкового нерва, остеомиелит, абсцесс и флегмона околонижнечелюстных мягких тканей.

Особой проблемой после удаления НТМ является травматический периодонтит рядом стоящего второго моляра вследствие обнажения периодонта его дистального корня и последующей атрофической резорбцией опорной кости в зоне операции.

Известно, что адекватный операционный доступ, обеспечивающий достаточный обзор операционного поля и эффективное закрытие послеоперационной раны, позволяет предотвратить развитие осложнений.

Поэтому, целью нашей работы явилась разработка и оценка эффективности операционного доступа для хирургического лечения дистопии НТМ.

Этапы операции включали в себя: проведение комбинированного обезболивания (внутривенная седацию и местная анестезия 4 % раствором артикаина), выполнение Z-образного разреза слизистой над дистопированным НТМ с углом вершин треугольников около 45⁰, отслоение слизисто-надкостничных треугольных лоскутов (медиального

и дистального), выполнение циркулярной кортикотомии, вывихивание НТМ. После ревизии послеоперационной раны и сглаживания острых костных краев проводили орошение 0,9 % раствором хлористого натрия. Слизисто-надкостничные лоскуты перемещали в новое положение. При этом дистальный лоскут смещали кзади на 1,0 см и фиксировали швами к язычной поверхности раны. Медиальный лоскут ротировали по горизонтали, огибая дистальный корень второго моляра, и закрывали раневой поверхностью лоскута оголенный периодонт второго моляра. Фиксацию медиального лоскута обеспечивали марлевой турундой с йодоформом, рыхло уложенной в костной ране. Послеоперационное лечение включало применение антибактериальных препаратов, обезболивающих средств, местную гигиену раны, ежедневную гигиену полости рта. Извлечение марлевой турунды из раны проводили на пятые сутки после операции. Костная рана заживала вторичным натяжением.

Обследовано 27 детей в возрасте от 15 до 17 лет. Удаление нижнего третьего моляра проводили по ортодонтическим показаниям. Панорамная рентгенография выполнялась для определения степени прорезывания зуба и его мезиальной инклинации. Степень отека и боли являлись главными индикаторами комфорта пациентов в послеоперационном периоде. Оценку боли и отека проводили с помощью визуальной аналоговой шкалы в течение 5 суток после операции. Исходные параметры боли изменялись от $3,85 \pm 0,28$ см до $1,15 \pm 0,05$ см, отека – от $1,67 \pm 0,17$ см до $0,82 \pm 0,10$ см. Максимальную боль регистрировали в первые сутки, отек – в третьи сутки. Регресс обоих показателей зафиксирован в одинаковый срок - на пятые сутки послеоперационного лечения. Нагноительных осложнений, кровотечения в области раны и развития периодонтита рядом стоящего второго моляра не наблюдали.

Таким образом, предложенный хирургический доступ с Z-образным разрезом слизистой над НТМ обеспечивает достаточный обзор операционного поля, прирост мягких тканей для закрытия тканей периодонта дистального корня второго моляра, что является профилактикой травматического периодонтита данного зуба. Разработанный операционный доступ позволяет рекомендовать его для широкого практического применения.

Шевчук В.А., Одушкина Н.В., Шевцов А.А.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ У
ДЕТЕЙ

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии
Украина, Харьков*

Наибольшее число хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (ХОВЧС) у детей приходится на возрастную группу от 12 до 18 лет. Это связано с особенностями топографо-анатомического строения верхней челюсти и придаточных пазух носа у детей, а также с частотой осложненного кариеса постоянных зубов.

Проблема ХОВЧС у детей остается актуальной в связи с отсутствием четких клинико-диагностических критериев для предпочтительного объема хирургического лечения. Анализ литературных данных показал, что радикальное хирургическое вмешательство на верхнечелюстном синусе у детей является основным способом лечения ХОВЧС, который не учитывает степень патологических изменений в самом синусе при наличии альвеолярного сообщения.

При этом не удастся избежать послеоперационных осложнений, связанных с развитием рубцовых изменений слизистой синуса, частичной или полной obturацией риностомы, что приводит к нарушению вентиляционно-барьерной функции придаточных пазух носа.

Учитывая топографо-анатомические особенности строения верхнечелюстных синусов у детей (широкое максиллярное отверстие), а также возможности репаративной регенерации челюстно-лицевой зоны,

считаем возможным минимизировать объем эффективного хирургического лечения ХОВЧС с альвеолярным сообщением при локальных необратимых патологических изменениях тканей дна альвеолярной бухты.

Целью нашей работы явилось применение «щадящего» способа хирургического лечения ХОВЧС с альвеолярным сообщением у детей и оценка его эффективности.

Группу исследования составили 31 ребенок в возрасте от 12 до 18 лет с ХОВЧС. Все дети были обследованы клинически, лабораторно и инструментально (рентгенография придаточных пазух носа, СКТ средней зоны лица). Во всех случаях были установлены одонтогенные источники заболевания, наличие деструкции замыкательной костной пластинки в области дна альвеолярной бухты, локальные патологические изменения слизистой в зоне воспаления.

Хирургическое лечение проводили на фоне антибактериальной терапии. В условиях общего обезболивания выполняли трапецевидный разрез слизистой и надкостницы по переходной складке в проекции «причинного» зуба. После отслойки слизисто-надкостничного лоскута проводили кортикотомию, удаление зуба и видимых патологических тканей в зоне альвеолярного сообщения. Костную рану obturировали стоматологической губкой «Стимул-Осс», представляющую собой комбинацию антигенно обработанного коллагена животного происхождения, гидроксиапатита и антисептика – хлоргексидина биглюконат. После пропитывания раневой жидкостью материал плотно obturировал дефект, принимая его форму и размеры. Подготовленный слизисто-надкостничный лоскут укладывали на раневую поверхность, фиксировали по краям швами.

У всех пациентов отмечался гладкий послеоперационный период, отсутствие жалоб на боли и припухлость в зоне операции на 2-3 сутки, раны зажили первичным натяжением, без осложнений. Период активного послеоперационного лечения не превышал 5 суток. Период наблюдения составил 6 месяцев. Отмечено отсутствие жалоб со стороны верхнечелюстного синуса. Альвеолярные сообщения не определялись. Послеоперационный дефект полностью нивелирован с восстановлением формы и размеров альвеолярной части верхней челюсти.

Полученный клинический результат применения «щадящего» способа хирургического лечения ХОВЧС с альвеолярным сообщением у детей позволяет рекомендовать его как предпочтительный при локальных необратимых изменениях в области дна альвеолярной бухты.

Шевчук В.А., Одушкина Н.В.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет

*Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии*

Украина, Харьков

Проблема детского травматизма остается актуальной в связи с частой встречаемостью переломов костей лицевого скелета, особенно нижней челюсти. Согласно статистическим данным отделения областного центра детской хирургической стоматологии КУОЗ ОДКБ № 1 травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей встречаются у 20 - 22 % госпитализированных. Большинство из них с переломами нижней челюсти в возрасте 14 – 18 лет. Стандартным способом лечения переломов нижней челюсти без выраженного смещения отломков остается ортопедически-консервативный – двухчелюстное шинирование с межчелюстным вытяжением. К недостаткам способа относят длительную блокировку мастикационной функции, затрудненный уход за полостью рта, алиментарные нарушения, ограниченные возрастные показания.

По данным ряда исследователей альтернативным способом лечения данного вида переломов является чрезкожный внеочаговый металоостеосинтез (МОС) спицами Киршнера, который лишен вышеуказанных недостатков. К его преимуществам относят малоинвазивность операции и стабильность фиксации отломков без использования дополнительных компримирующих устройств.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка эффективности двухчелюстного шинирования с межчелюстным

вытяжением и спицевого металлоостеосинтеза при переломах нижней челюсти без выраженного смещения отломков у детей.

Были обследованы 55 детей с односторонними переломами нижней челюсти без выраженного смещения отломков в возрасте от 14 до 18 лет. Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от способа лечения. Первую группу составили 11 детей, которым выполнялся чрезкожный внеочаговый МОС спицами Киршнера. Вторую группу составили 44 ребенка после двухчелюстного шинирования назубными шинами с межчелюстным эластическим вытяжением.

Для оценки эффективности лечения наряду с общепринятыми клинико-инструментальными методами применяли функциональное исследование реологических показателей в зоне перелома. Реовазограмму проводили до начала лечения и после окончательной стабилизации отломков на 5-е, 14-е и 30-е сутки.

При анализе реовазограмм установлено, что на стороне перелома нижней челюсти имелось снижение кровенаполнения без нарушения венозного оттока. Исходные параметры существенно не отличались в обеих группах.

В динамике лечения улучшение показателей реограммы быстрее происходило у пациентов первой группы исследования и проявлялось уже на 5-е сутки лечения. Нормализация реографической кривой отмечена на 30-е сутки.

В то время как у пациентов второй группы улучшение реологических нарушений происходило медленнее и на 30-е сутки сохранялось снижение пульсового кровенаполнения на стороне перелома.

Таким образом, полученные результаты подтверждают преимущество малоинвазивного спицевого МОС в сравнении с двухчелюстным шинированием при односторонних переломах нижней челюсти без существенного смещения отломков у детей.

Янішен І.В. Запара П.С.

**КЛІНІЧНО – ОРІЄНТОВАНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ: ПОРІВНЯЛЬНА
ОЦІНКА ЯКОСТІ АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС ГАРЯЧОЇ
ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

Україна, Харків

Актуальність. Однією з актуальних завдань ортопедичної стоматології є оптимальне відновлення втрачених функцій зубо – щелепної системи, в тому числі знімними пластинковими протезами, зі створенням нових та удосконаленням наявних конструкційних матеріалів.

Основними матеріалами для виготовлення базисів знімних зубних протезів в даний час є пластмаси на основі акрилатів.

Багаторічний досвід застосування базисних акрилових пластмас показав, що для них характерні наступні позитивні якості: дешевизна, доступність, достатня міцність, технологічність.

Тому, триває розробка та всебічне вивчення акрилатів для базисів знімних протезів, для підвищення ефективності лікування хворих з повною або частковою відсутністю зубів.

Мета дослідження. Проведення порівняльної оцінки фізико-механічних властивостей акрилових пластмас гарячої полімеризації для забезпечення якості ортопедичного лікування стоматологічних пацієнтів з урахуванням клінічно-орієнтованої технології виготовлення зубних протезів.

Матеріали та методи дослідження. Порівняльну оцінку якості акрилових пластмас гарячої полімеризації проводили сумісно з співробітниками центральної заводської лабораторії АТ «Стома» (Харків,

Україна) згідно до вимог міжнародного стандарту ISO-10139 сертифікованих пластмас: «Етакрил» АТ «Стома» Україна, «Фторакс» АТ «Стома» Україна, «Vertex rapid» «Vertex» Німеччина. Фізико-механічні дослідження пластмас гарячої полімеризації вивчалися за слідуючими параметрами: деформація при стискуванні, вигинаюча напруга, ударна в'язкість, опір стиранню, відсоток залишкового мономеру, водопоглинання на 360 дослідних зразках.

Результати дослідження. Порівняльний аналіз якості конструкційних стоматологічних матеріалів для виготовлення базису знімних протезів включав узагальнення результатів лабораторного вивчення властивостей акрилових пластмас гарячої полімеризації.

В системі кваліметричної оцінки пластмас гарячої полімеризації досліджено індикативні властивості конструкційних матеріалів.

За показниками деформації при стискуванні, як підтверджують результати лабораторних випробувань, усі матеріали відповідають вимогам ISO-10139 та суттєво ($p \leq 0,05$) поміж собою не відрізняються. При цьому, досліджені матеріали характеризуються значним (2 – 2,5 рази) запасом міцності у порівнянні з індикативним показником. Для вказаних матеріалів отримані і відповідні кваліметричні показники, інформативність – висока та коливається у межах ($0,471 \div 0,525$) біт.

За показником вигинаючої напруги, досліджувані матеріали на 30-90% перевищують індикативні значення ISO-10139, що здатне забезпечувати надміцність базису при динамічних навантаженнях. Так, для матеріалу «Vertex rapid» вигинаюча напруга становить ($98,7 \pm 4,1$) МПа, тоді як для матеріалу «Фторакс» - ($101,6 \pm 2,0$) МПа а «Етакрил-М» - ($117,6 \pm 3,2$) МПа. Для вказаних матеріалів отримані і відповідні відносні стандартизовані та кваліметричні показники, які коливаються у межах ($0,390 \div 0,471$) біт, що свідчить по їх надвисоку технологічну якість.

Ударна в'язкість зразків із матеріалів гарячої полімеризації для виготовлення базису характеризується виразним запасом міцності, що перевищує відповідне індикативне значення ISO-10139 на $(50\div 90)\%$. При цьому, застосування матеріалу «Vertex rapid» становить $(4,6\pm 0,5)$ кДж/см² та достовірно не відрізняється від показника матеріалу «Фторакс» - $(5,3\pm 0,6)$ кДж/см² та для матеріалу «Етакрил» - $(5,8\pm 0,9)$ кДж/см², що і забезпечує відповідні кваліметричні показники у межах $(0,402\div 0,492)$ біт.

Опір стирання полімеризату матеріалів гарячої полімеризації характеризується найбільшим ($p\leq 0,001$) опором для матеріалу «Vertex rapid» - $(41,8\pm 0,5)$ кДж/см², тоді як матеріали «Фторакс» та «Етакрил» за цією властивістю перевищують індикативний показник та, водночас є достовірно нижчими, ніж для матеріалу «Vertex rapid»; кваліметричні закономірності відображаються показниками інформативності, що коливаються у межах $(0,285\div 0,424)$ біт.

Питома вага залишкового мономера на момент виготовлення базису знімного протеза для матеріалів гарячої полімеризації коливається у межах $(0,42-0,51)\%$ та є найменшою у разі застосування матеріалу «Етакрил» - $(0,43\pm 0,09)\%$, а найбільшим для матеріалу «Vertex rapid» - $(0,51\pm 0,10)\%$, $p\geq 0,05$. При цьому, в результаті аналізу даних лабораторних досліджень виявлено, що і рівень водопоглинання зразків матеріалів гарячої полімеризації корелює з питомою вагою мономера, характеризуючись відповідними залежностями: найбільший для матеріалу «Vertex rapid» - $(28,3\pm 0,8)\%$, а найменший – $(26,4\pm 0,9)\%$ для матеріалу «Етакрил», $p\leq 0,05$.

Узагальнений аналіз вивчених властивостей матеріалів гарячої полімеризації для виготовлення базису зубних протезів свідчить про

наявність специфічного кваліметричного профілю для кожної із досліджених пластмас.

Висновки. За основними фізико – механічними властивостями (деформація стискування, вигинаючи напруга, ударна в'язкість) представлені у дослідженнях базисні акрилові пластмаси знаходяться у межах показників міжнародного стандарту ISO – 10139. За показниками водопоглинання, зразки базисної пластмаси «Vertex Rapid» Vertex Німеччина значно програють аналогічним зразкам виробництва АТ «СТОМА». Згідно з показниками залишкового мономера «Vertex Rapid» Vertex Німеччина знаходиться у критичній зоні стандартів ISO – 10139.

Янко Н.В., Каськова Л.Ф., Якобенчук С.А.

**ЛІКУВАННЯ ДУЖЕ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ ФЛЮОРОЗУ
У ПІДЛІТКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНФІЛЬТРАЦІЙНОЇ ТЕХНІКИ**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра дитячої терапевтичної стоматології
з профілактикою стоматологічних захворювань
Україна, Полтава*

Актуальність. За останні роки зросла поширеність флюорозу зубів у дітей, що пов'язується з використанням фторумісних зубних паст (Erdal S., 2005). У теперішній час використовуються такі мінімально інвазивні методи місцевого лікування флюорозу як відбілювання зубів, ремінералізуюча терапія, мікроабразія та інфільтраційна техніка. У перші роки після прорізування зубів вітчизняними авторами застосовується лише ремінералізуюча терапія, інші методи - тільки з 16 років (Акулович А.В., 2008) через несформованість емалі і кореня постійних зубів та суб'єктивні фактори. Недоліком відбілювання та мікроабразії є забарвлення зубів через певний проміжок часу.

Icon Infiltrat (DMG) - композиційна смола, що герметизує емаль, має індекс рефракції близький до здорової емалі, тому може маскувати білі плями як каріозного, так і некаріозного походження.

Мета роботи – оцінити ефективність інфільтраційної техніки при лікуванні дуже легкого ступеня флюорозу постійних зубів у підлітків.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом дослідження були 6 підлітків 13-15 років із дуже легким ступенем флюорозу за індексом Dean (1942). Спочатку зуби очищалися від нальоту за допомогою професійного чищення з пастою Полідент №3 (перекис карбаміду, абразив і сполуки

фтору та фосфору). Потім визначалась площа «чистих» ділянок зубів (без флюорозних полосок та плям) у відсотках за методикою Каськової Л.Ф., Моргун Н.А. (2007).

Зуби ізолювалися за допомогою кофердама, їх поверхня висушувалась. Icon Etchant (18 % соляна кислота) наносили на вестибулярні поверхні зубів та залишали на 2 хв з наступним змиванням і підсушуванням повітрям протягом 30 сек. Після наносили сушительний агент Icon Dry (99% етанол). Icon Infiltrat-Smooth Surfaceis наносився на 3 хвилини, підсушувався 10 секунд та полімеризувався 40 секунд із подальшим очищенням поверхні силіконовими головками Enhance (Dentsplay) та промиванням водою протягом 30 сек. Після площа «чистих» ділянок зубів визначалась знову та пацієнтам рекомендувалося не їсти і не чистити зуби протягом 45 хвилин. Наступний огляд проводився через 6 місяців. Статистична вірогідність оцінювалась за критерієм Стьюдента.

Результати. До інфільтрації площа чистих ділянок складала $72,32 \pm 1,41\%$. Безпосередньо після інфільтрації площа «чистих» ділянок збільшилася до $83,51 \pm 1,63\%$ ($p < 0,05$) та залишилась незмінною через 6 місяців. Пацієнти були задоволені естетичним результатом.

Висновки. Інфільтраційна техніка, що маскує білі плями, є перспективним напрямком лікування легкого ступеня флюорозу, але необхідні подальші дослідження з тривалим строком спостереження для широкого впровадження цього методу.

Ярославська Ю.Ю.

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
КАЛЬКУЛЬОЗНИХ СІАЛОАДЕНІТІВ У ДІТЕЙ**

Харківський національний медичний університет

*Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії
та імплантології*

Україна, Харків

Актуальність теми. Проблема діагностики та лікування сіалолітіазу у дітей та підлітків є однією з актуальних проблем стоматології. За даними літератури калькульозні сіалoadеніти у дітей складають до 50% випадків від усіх захворювань слинних залоз. Тривалий і часто безсимптомний перебіг даного захворювання у дітей, з не типовою клінічною картиною, потребує удосконалення його ранньої діагностики та лікування.

Метою дослідження було виявлення особливостей клінічного перебігу і розробки методів лікування калькульозних сіалoadенітів в дитячому та юнацькому віці.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 9 дітей віком від 8 до 14 років, з них 6 дівчат та 3 хлопчики. Встановленню діагнозу сприяла наявність у всіх хворих конкрементів у вивідній протоці однієї з піднижньощелепних слинних залоз. Характерною особливістю був тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу і обтурації вивідної протоки залози. Основними скаргами пацієнтів були відчуття стороннього тіла під язиком і припухлість під нижньою щелепою, що з'являється при прийомі їжі і самостійно проходить протягом короткого часу. При рентгенологічному та УЗД дослідженні ураженої слинної залози була уточнена локалізація конкременту - у всіх пацієнтів камені локалізувалися в передній третині

вивідної протоки залози, структурних змін тканин слинних залоз характерних для хронічного калькульозного сіалоаденіту у дорослих виявлено не було.

Всім пацієнтам проведено комплексне хірургічне та медикаментозне лікування. Хірургічне лікування полягало в проведенні операції «Сіалодохопластика, видалення конкременту». Малоінвазивне втручання на головній вивідній протоці піднижньощелепних слинних залоз передбачало розтинання протоки від вічка, через ложе каменю, до першого її повороту вниз. Стінку протоки з обох сторін зшивали зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами. Формували нове вічко протоки за місцем розташування каменю або звуження протоки, шляхом вшивання верхівки трикутника, що брався зі слизової дна ротової порожнини, вкінець розтину. Між швами фіксували поліхлорвініловий катетер, уведений до протоки. Шви і катетер дозволили значно скоротити виникнення рубців та стенозу протоки. Медикаментозне лікування передбачало призначення протизапальної, антибактеріальної, імуномодельючої терапії. У всіх пацієнтів післяопераційний перебіг був гладким. Віддалені результати в період від 3 місяців до 4 років показали повне відновлення ураженої слинної залози без ознак хронічного запалення в ній.

Висновки: Таким чином, особливостями калькульозних сіалоаденітів у дітей є локалізація конкременту в вивідному протоці залози, відсутність структурних змін, що виявляються при УЗД, в тканинах залози, тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу. Вказані особливості потребують комплексного підходу в лікуванні даної патології з використанням малоінвазивних хірургічних втручань.

Berezhna O.O.

CLINICAL ASPECTS OF PROBLEMS OF OCCLUSAL DISORDERS

Kharkiv National Medical University

Orthopedic Dentistry Department

Kharkiv, Ukraine

Dentistry is one of actively developing branches of medicine during the last decades. Intensive perfection of technologies with use of achievements in dentistry materials science and development of medical technology and computer diagnostics gives the opportunity dental assistance for population the most qualitatively. At the same time, it would be desirable special attention to actuality of problem of development of the occlusal apparatus disorders. On the basis of clinical observations such pathologies are even more often diagnosed for patients of young age (17-21) on the reason of clinical observations.

The main causes can be pathologies of anomalies bite (not treated patients or patients after partial orthodontic treatment), and anomalies of maleruption of third molars, which conducting to formation of supercontact sites or their absence, to changes of the contact of occlusal surface of individual teeth and etc.; the early teeth' extraction conducts to distortion of the occlusal curve shape, dissonance of fissure-cusps contacts, the localised erasability of individual teeth and accordingly to occurrence of inflammation areas of mucous membrane; and variants of teeth filling into save dentitions, assist in development of instability intercusps relation and distribution of non-axle occlusal-articulation loads. As a rule the dentoalveolar system is capable to keep functional harmony at the presence of insignificant occlusion disturbances, so that it can self-regulate some atypical factors. However, excessively expressed factor exceeding adaptic ability of organism conducts to rising of muscular system tonus and disorder of functional harmony, that is formation of symptoms of TMJ dysfunction.

Thus, the problem of diagnostics and revealing of occlusal disturbances aetiology at patients of earlier age category, and their timely adequate correction with use of modern methods of elimination of that problem is one of the maintenance prevention of dentoalveolar system diseases.

Diudina I.L., Sobolevskaja O.

**REACTION THE PULP OF TOOTH ON OPERATION OF
PREPARATION HARD TISSUE IN DURING TREATMENT BY FIXED
DENTAL PROSTHESIS**

Kharkiv National Medical University

Orthopedic Dentistry Department

Kharkiv, Ukraine

The changes which happen in hard tissue of teeth , pulp and paradont of vital teeth in response on operation are preparation on stages the treatment by fixed dental prosthesis in during analysis of data to indicated on changes with processes of odontoblast that located in dentins canal, with other cellular element of pulp, with elements of blood-vascular system and the nervous system. In addition to produce the data about influence the preparation on permeance of enamel and on formation the replacing dentin in dependence from volum of preparation hard tissue of teeth.

To indicate suddenly character of changes which to occur in hard tissue of teeth , pulp and to tie with maintenance of rules preparation. The irreversible changes to occur in application Tdryï preparation and used preparation without anaesthesia, the centre high-speed instruments, interrupted preparation, without antiseptize the operation area (stump of tooth).

Also, to mark the term pending which to happen this is pathologic changes and from to depend and suddenly to occur at a later date; to lead to necrosis or join the mechanism of restoration. This is changes to occur and at tissue of paradontum and the same to depend from number of factors which to indicated in paper of multiple research.

To indicated changes conclude in appearance the inflammation, infiltration, necrosis and destruction of odontoblast, destructive changes of

nerve ending, hyperaemia of blood vessels, edema, inflammation and like consequence are pulpitis.

To irritation the process of odontoblast on early period of preparation to insert the mechanism formation replacing dentin but in increase volume of preparation hard tissue of teeth this is process to suspend and then to full stop. To engaging the mechanism of formation replacing dentin and restoration the primary state of pulp to provide the multiple factors.

Many authors to observe pathological changes in first hours after preparation, second wave of this is changes was in 15 days and complete till 30 days. And only in 12 months was first feature reactions on preparation.

The defense reaction of paradontum to reveal in to organization of mechanical barrier.

Thereby, to draw the analysis of literary data to show that problem are keeping all tissue of tooth and paradontum has the actual meaning. The preparation with account of rules of preparation hard tissue of teeth - anaesthetic protection, forced water cooling and air cooling, sharp and centered instrument, fair speed of revolution and interrupted preparation has positive impact on tissue of teeth but don'tt decide the task of prevention to development the distant complication of operation of preparation hard tissue of teeth.

Komarov A.K., Komarov D.A.

**USE OF THE GEL “THE LIQUID ENAMEL” IN THE TREATMENT
OF ENAMEL DEMINERALIZATION AFTER ORTHODONTIC
TREATMENT**

Kharkiv National Medical University

Department of Pediatric Dentistry, Children's Maxillofacial Surgery and

Implantology

Kharkiv, Ukraine

Background. Today the bracket-system is the basic method of orthodontic treatment of disocclusions in patients with the formed constant occlusion. Orthodontic treatment takes long enough time and on the average it lasts 2-3 years depending on abnormality. Brackets, arcs, ligatures are retentional point for a cluster of the soft dental deposit, and also prevent an oral hygiene and natural self-cleaning of teeth. One of the basic complications in orthodontic treatment by bracket-system is demineralization of enamel. The demineralization sites more often occur around brackets, under locks, in cervical area, in aproximal interdental contacts at high density of teeth.

The purpose is to estimate remineralizing efficiency of the drug “APA CARE” (“The Liquid Enamel”).

Materials and methods. There have been investigated 35 Kharkov patients, aged 19 – 25 years old, receiving orthodontic treatment by bracket-system from 9 months till 1 year. Among the examined patients in 13 people there have been revealed the nidal demineralization of enamel in cervical area of the lower and upper incisors and cuspids, in the field of the lower and upper molars. For differential diagnostics of initial caries with non-carious lesions it was used a staining of teeth enamel of 2% aqueous solution of the methylene blue. All patients have been undergone the professional tooth cleaning. Applications with «APA CARE» («The Liquid Enamel») in home conditions

were prescribed. It was recommended to carry out this procedure once a day after a tooth cleaning, to apply paste on teeth and to sustain it within 3 minutes. After procedure it was advised not to rinse the mouth and to refrain from a food intake within an hour. Course of treatment lasted 1 month.

At an estimate of efficiency of treatment the following parameters were considered: area of the site of a demineralization, colour and sizes of a stain, luster of a surface.

For an estimate of processes of a remineralization of teeth enamel the test of enamel resistance (TER-test) was carried out.

Results and Discussion. During the study it was positioned that the area of the sites of a demineralization was decreased in 1,2 times accompanied by clinical changes: there was a decrease of a visible part of a carious stain, the tooth enamel has gained a natural luster.

The significant improvement of the indices characterizing fastness of teeth enamel to activity of acids was noted: according to resistance test (TER-test) indices $54,6 \pm 2,6$ % have decreased to $34,7 \pm 1,8$ %.

Conclusions. Thus, the gel «APA CARE» («The Liquid Enamel») is an effective remineralizing drug and can be recommended for prevention and treatment of the sites of demineralization of enamel in patients, receiving the treatment by bracket-system.

Komarov A.K., Komarov D.A.

**ASSESSMENT OF THE CHEWING SURFACE OF THE FIRST
PERMANENT MOLARS DIRECTLY AFTER THERAPUITIC AND
PREVENTIVE MEASURES IN CHILDREN**

Kharkov National Medical University

*Department of children`s dentistry, children's maxillofacial surgery and
implantology*

Kharkov, Ukraine

Relevance. Nowadays a dentist uses a wide spectrum of materials both for filling of carious cavities and for invasive and non-invasive hermetic capsulation of fissures. According to Lacy (1987) and Jones (1989) about 40% of dental procedures concerning tooth filling are necessary to recover or to replace the poor-quality fillings which in a changeable period of occlusion can contribute to formation of malocclusion. Therefore a well-timed assessment of their state is important in dental practice.

For a clinical assessment of fillings there have been developed special methods which allow to judge objectively about filling effectiveness directly and long-term after dental procedure: criteria of a clinical assessment of filled teeth (D.M. Karalnik, A.N. Balashov, 1979), clinical tests for assessment of restored teeth in oral cavity (G. Ryge, 1980), USPHS criteria.

After therapeutic and preventive measures on hard tissues of teeth these methods allow to assess: entirety of the anatomical form of filling, discoloration, an edge fit, secondary caries, falling of material.

Research objective. To assess the state of an occlusal surface of the first permanent molars (FPM) directly after therapeutic and preventive measures in the changeable period of occlusion by ISO criteria based on USPHS for individual correction of preventive measures.

Patients and methods. The immediate assessment of occlusal surfaces of the first permanent molars in 6-8-year-old children, Kharkov inhabitants

have been done. The children have been made Black's class I fillings concerning caries and its complications. Preventive filling and hermetic capsulation of fissures of a chewing surface of the first permanent molars of both jaws were made. For this purpose there have used USPHS (AF) criteria, allowing to make a clinical assessment of restored teeth directly after therapeutic and preventive measures. The clinical parameter of the anatomical form "A" corresponds to the created anatomical form of a tooth, the parameter "B" - the anatomic form is saved but there is a deficit of filling material without dentine denudation, the parameter "C" - the significant deficit of a restoration material with dentine and liner denudation.

Results. 200 first permanent molars on both jaws have been examined. On examination the following results were received: 133 teeth have been filled (66.5 %), hermetic capsulation of fissures and preventive filling were done in 46 (23 %) and 21 (10.5 %) molars accordingly.

Having assessed the anatomical form of an occlusal surface of FPM of mandible after filling concerning caries, herpetic capsulation of fissures and preventive filling, the following results were received: in 26 (13 %) cases the restored anatomical form corresponded to parameter "A", in 174 (87 %) restored cases there have been saved created anatomical form partially that corresponded to parameter "B" by AF (anatomical form) USPHS criteria.

Conclusions. On examination it was established that the anatomical form of occlusal surface of FPM after therapeutic and preventive measures in the changeable period of occlusion was not restored in 87 % of cases. Incorrect restore of the anatomical form of occlusal surface of FPM in children after therapeutic and preventive measures should be considered as a possible factor in development of dentoalveolar deformity. Use of USPHS (AF) criteria in daily practice of a dentist as the preventive method will allow to restore the anatomical form of molars correctly and to prevent the formation of FPM malocclusion.

Krichka N.V., Yanishen I.V.

**ADVANCED TECHNOLOGY MAKING OF DENTURES FROM
ACRYLIC PLASTICS**

Kharkiv National Medical University

Department of Orthopedic Dentistry

Kharkov, Ukraine

The prevalence of edentulous still remains high. Thus, according to the authors of 18.6% of the patients do not use full dentures when fully edentulous. According to the literature 24,85% of patients do not enjoy complete removable dentures, because quite often experience an allergic and inflammatory processes of the mucous membrane prosthetic bed, as well as poor fixation of prostheses, especially in orthopedic beds edentulous mandible. It is generally known that one factor is the adhesion fixation, which depends on the accuracy of matching of micro- and macro relief prosthetic bed base surface adjacent the mucosal prosthetic bed. These phenomena occur due to the insufficient quality of polymethyl methacrylate, which is the main base material for the manufacture of dentures, both in our country and abroad. This polymer compared to other basic materials, most closely meets the clinical and technological requirements to them. This basic requirement is its mode of polymerization. However, except for the positive properties of the most vulnerable to lodge prosthetic compliance, strength and biological indifference of polymethylmethacrylate denture base, there are still negative factors that occur during the polymerization and, above all, linear and volumetric polymerization shrinkage. Various forms of error in respect of the base and the accuracy of fit to a prosthetic box may significantly decrease the strength of fixation and lead to injury of the mucosa.

Thus, the classical method of manufacturing plastic dentures to toothless jaw bases in the polymerization in a water bath does not always provide them with the necessary quality. Thus, fractures bases dentures from acrylic

materials is 60-80%. After the repair and restoration of repeated fractures marked bases in the same place. In the basis of the prosthesis has a residual monomer from 0.3-0.5%, which leads to complications in the form of inflammatory reactions of the mucous membrane prosthetic bed, as well as paresthesias in the form of burning, numbness, and others. The increased water absorption and the presence of pores in the lower denture base its biological indifference, hygienic properties and dimensional accuracy basis. In addition, during the polymerization denture bases deformed and contain residual monomer.

Therefore, on the basis of the above, the basis of polymethylmethacrylate denture polymerized in accordance with the manufacturer's instructions, do not always meet all requirements for engineering plastics, their durability and biological indifference; their correspondence prosthetic bed of polymerization shrinkage, which leads to a discrepancy of the prosthesis base surface micro- and macro relief mucosa prosthetic bed, which can be explained by a pathogenic basis of inflammatory and allergic reactions mucosa.

The **aim of the study** was to investigate the comparative characteristics of the physical-mechanical and chemical properties of polymethyl methacrylate polymerized in a water bath for guests - the instructions of the manufacturer and under anhydrous conditions at the boundary of the pressure drop.

Material and methods. The study of physical-mechanical and chemical properties of plastics "Etakril-02", produced by our industry joint-stock company "STOMA", held in the central laboratory of the Kharkov factory of medical plastics and dental materials. For the 20 samples that were made, polymerized by conventional technology and 20 - according to our proposed technology at the boundary with the pressurized air. We carried out the study of physical-mechanical and chemical properties of these samples at a specific viscosity, breaking strength in static bending, microhardness, water absorption,

the residual monomer. The samples were put demands: cracks, pores and defects made of plastic dough obtained by mixing the powder and liquid in a weight ratio of 2: 1. Measurements of length, width and thickness of the samples was carried out by a micrometer with an accuracy of 0.01 mm., Were weighed on an analytical balance accurate to 0.0001 g

Results. The analysis results of physical and mechanical and chemical properties of methyl methacrylate, indicating that the samples according to the proposed technology polymerized samples exceed polymerized GOST. Thus, the specific viscosity is higher by 8.13%, breaking stress at static bending 9% microhardness of 24.6%, the water absorption decreased to 14.3%, and the amount of residual monomer was reduced by 2.8 times .. Obviously, improved mechanical and chemical properties due to the absence of contact of polymer-monomer composition with water vapor, and the ordering of the seal structure during polymerization under pressure of compressed air to 4 atm. Throughout the heat obrabotki.Takim way, carried out prolonged pnevmoformovka that provides targeted volumetric polymerization shrinkage. The latter prevents linear shrinkage. That is, the adjacent surface of the base plays a replica of both micro and macro relief of the mucous membrane prosthetic bed and its linear dimensions.

Based on the above, we can conclude that the developed method for the polymerization of methyl methacrylate possible to produce prostheses with a high degree of conformity on the basis of micro- and macro-relief prosthesis prosthetic bed, improve biological indifference, increase the strength of bases. This method can serve as a good starting point for further improvement of existing and development of new methods of prosthetics by which the problem will be solved fixation and stabilization of dentures on the edentulous jaw orthopedic beds, including the largely atrophy prosthetic bed.

Kuzina V.V., Zeinab Hammoud

**MISTAKES OF ENDODONTIC TREATMENT, ARE DETECTABLE
AT X-RAY EXAMINATION**

Kharkov National Medical University

*Department of children`s dentistry, children's maxillofacial surgery and
implantology*

Ukraine, Kharkov

Introduction. Endodontic mistakes are unfortunate accidents that happen during treatment, some owing to inattention to details, others totally unpredictable, for sure, these accidents require a thoughtful strategy for prevention during endodontic procedures as well as a systematic approach to management, should the outcome of endodontic therapy produce an injury. Any mistake that occurs at some point in the process of root canal treatment of a tooth can be a result of factors which the operator has both controlled as well as no control over, often these are due to lack of the operator knowledge or concentration during treatment. Keeping in mind that dentist pre human beings, so that may commit errors of some point in their career.

Aim of Research. The aim of this study is to show the variants of mistakes, related to endodontic procedures.

Materials And Methods. Panoramic X-Rays were analyzed. The treatment errors of endodontic procedure were selected. Operator errors are categorized as “during procedure”, and includes errors of diagnostic procedures and patient management.

Results. A total of 82 panoramic X-Rays were analyzed. Most of errors occur on the following locations: lower anterior teeth, lower premolars, lower molars, upper molars, upper premolars and upper anterior teeth. There are errors of “over fillings” on 12 X-Rays. 6 X-Rays demonstrated the sings of

uncompleted root canal fillings, and signs of periapical pathology due to incorrect fixation of pins were found in 2 X-Rays.

Conclusion In conclusion, practitioners should get more attention to all possible risks during endodontic procedures to prevent complications.

Intraoperative errors includes operative technical errors during access cavity preparation, detection of canal orifices, instrumentation, filling. And postoperative including failure to property and timely restore endodontically treated tooth.

in X-Rays All treatment errors are categorized as the following: “preoperative”, “during procedure” and “postoperative”.

All complaints were categorized as either financial risk bearing or financial non risk bearing. how the patient complains for, to categorized and review errors should be taken into consideration technical skills in root canal treatment Training and competency in selecting the best developed and proven technologies and techniques available at present. All possible risks should be taken into consideration and patients should be informed about all treatment options.

Maslovskiy O., Kulish S., Kulish R.*

**METHODS OF DETERMINATION OF THE GEOMETRIC
PARAMETERS OF HUMAN'S TEETH CROWNS**

KhNMU, Orthopedic Dentistry Department.

**KhNMU, 2 med. f., 2 c.*

Ukraine, Kharkiv

To determine the individual anatomical variability crowns of the front teeth of human contact we made the models of the upper and lower jaws from gypsum. In the protocols of observations was recorded the passport data, sex, date and place of birth, the presence of dental treatment at the examinees and their parents to identify hereditary factors, as well as the type of bite, facial angle, the shape of the palate and face.

The models were made of plaster of a high strength by two-layer prints. This allows measuring with high accuracy by using tools. On the models in the vestibular norm, using calibrated micrometer (Renfert № 1119) was measured the width of the cutting edge, the height of the medial and lateral crowns.

Was measured the height of the clinical crown of the tooth, that is, the angle of the crown to the top of the gingival papillae. With protractor we measured the angle between the cutting edge and the medial height of each tooth 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 4.2; 4.1; 3.1; 3.2, and the angle between the cutting edge and the lateral height of the crown. The amount of curvature of the equator of crown was not taken into account. We have developed our own method of measuring of the parameters of teeth crowns (patent №73846 since 15.09.05.), which allows using of the proposed program on the PC, with the help of appropriate mathematical calculations to obtain the values of the of the cervical width crown, values of medial and lateral angles, and also the height of the crown and its angle of inclination relative to the horizontal plane. These data allow you to create graphic reconstruction of each tooth.

Thus, due to the introducing into the method of determining of the geometric parameters of human teeth crowns the procedure of measuring of some linear and angular characteristics of the tooth and carrying out the appropriate mathematical calculations, we achieved simplification of the definition of basic geometric parameters of human teeth crowns and expanding of the functionality of morphological research.

Mikulinskaya- Rudich Y. N., Mys V. A.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF COMPOSITE
MATERIALS FLOWABLE FILTEK™ BULK FILL 3M ESPE and SDR
DENTSPLAY FOR SEALING PERMANENT UPPER MOLARS**

Kharkiv National Medical University

*Department of Pediatric Dentistry, pediatric maxillofacial surgery and
implantology*

Ukraine, Kharkiv

Introduction. When working with children dentist constantly faces a number of challenges that are associated with psycho - emotional state of the child's behavior and characteristics inherent in childhood. The absence, in some cases, the child's contact with the doctor, the child's restlessness, unwillingness to open his mouth for medical manipulations, complicates the work of the dentist. In connection with this dentist at the children's admission should not only have good communication skills, but also to have in your arsenal of dental products materials that can simplify the scope for manipulation of medical doctor and a child.

The **purpose of research** - to compare the efficacy of flowable composite materials for filling cavities in molars Class 1 of the maxilla in children 12 to 14 years.

Materials and methods. In children receiving treatment was made permanent molars of the upper (42) for chronic middle caries materials Filtek™ Bulk Fill (3M ESPE) and SDR (Dentsplay). The study involved 12 children 14 years of age (30 patients) who underwent filling cavities 1 class in molars of the upper jaw.

The test was divided into two groups of 15 persons: Group 1 - filling cavities 1 class in molars of the upper jaw material company 3M ESPE Filtek™ Bulk Fill (21 teeth) Group 2 - filling cavities 1 class in molars of the upper

jaw material companies Dentsply SDR (21 teeth). After the professional cleaning teeth without fluoride toothpaste «Detartrine» and preparation was made to the restoration of dentin enamel-dentin border in the first group of flowable composite material Filtek™ Bulk Fill in the second - a flowable composite material SDR. Restoration of the anatomical shape of the tooth was made packable composite material enamel color.

The effectiveness of filling cavities evaluated by conducting follow-up visits at 2 weeks and 1 month and used the following criteria: the adaptation of the material to the cavity walls during filling, marginal adaptation, color match the seal \ enamel, depth of cure.

The results of the study and discussion. When filling cavities 1 class in permanent molars of the upper jaw material of 3M ESPE Filtek™ Bulk Fill in the first group we studied was marked by fluid consistency of the material that allows the material to adapt well to the cavity walls, ease of introduction into the cavity, a considerable depth of polymerization, eliminates the need for making layered composite material in the cavity. But since Filtek Bulk Fill is a semi-transparent material, the color of the restored tooth dentin affected the final appearance of the restoration in 13 of 21 treated teeth. In the second group studied, which were treated material company Dentsply SDR, we noted the good adaptation of the material to the walls of the cavity in the teeth of the upper jaw with the effect of self-regulation, low fluidity, ease of introduction into the cavity, the material optimally was cured when making large batches (up to 4 mm to enamel-dentine border). Also, the material is opaque, which positively influenced the final form of the restoration. A month after sealing as a result of an objective examination of both the first and second group studied was determined by good marginal integrity seals, during the probe along the border tooth \ enamel probe glided smoothly without delays, saving recovered when filling the anatomical shape of the tooth, which indirectly testifies

reducing the polymerization shrinkage stress and the minimum basic materials for replacement of dentin. However, in the first group, which was treated caries material company 3M ESPE Filtek™ Bulk Fill color discrepancy was noted seal / enamel in 13 of the 21 the treated tooth.

Conclusion. Based on the results of a clinical study we conducted among children 12 to 14 years who underwent dental filling material flowable composite SDR companies Dentsplay and flowable composite material Filtek™ Bulk Fill the company 3M ESPE is possible to conclude that satisfactory adaptation to the cavity walls of materials, usability in use, a considerable depth of polymerization, eliminating the need for making layered composite material in the cavity. For the dentist is optimized not only the restoration process, but its final result - a flowable restorative material Filtek™ Bulk Fill, and SDR.

Mikulinskaya- Rudich Y. N., Seregina I. S.

**CRITERIA ADAPTABILITY IN THE APPLICATION OF FLOVABLE
COMPOSITE SDR companies DENTSPLAY WHEN FILLING
CAVITIES CLASS 1**

Kharkiv National Medical University

*Department of Pediatric Dentistry, pediatric maxillofacial surgery and
implantology*

Ukraine, Kharkiv

Topicality. When filling cavities 1 class in the permanent teeth of the upper jaw using glass ionomer cements, have good adhesion, a relatively simple robot technology and, most importantly, anticaries effect due to long-term fluoride release; while respecting the aesthetic requirements of fillings in permanent teeth with roots can be formed with composite materials, making it possible to simulate the long-term seal and combine different colors; compomers, combining the features of composites and glass ionomer cements. Due to the above positive properties of these materials are widely used in the practice of child preventive dentistry. But, at this stage of the development and implementation of dental products there is a need in the dental material that combines the properties of flowable composites with minimal shrinkage stress for sealing the lateral group of teeth. Dentist in their daily practice should offer patients high-quality aesthetic restoration of posterior teeth, while spending less time and budget saving the patient. Such a tactic is necessary for a quick and easy restoration. Based on the above, our attention was drawn to flowable, fluorine-containing, radiopaque composite SDR companies Dentsplay. This material is based on the technology of reducing the voltage in the polymer, thereby reducing the stress of the polymerization and shows that the material is cured at an optimal manner making large batches (up to 4 mm to enamel-dentine border). The material has a self-leveling property, thereby saving time when making and improves adhesion to the walls of the cavity. Another one of

the positive qualities of a material resistance to abrasion, which is due to its high filling (80% by volume). These properties allow the use of the material for replacement of dentin when filling deep cavities 1 class Black.

The **purpose of research** is to study the efficacy of flowable composite SDR companies Dentsplay when filling cavities 1 class children.

Objects and methods. At the reception were treated permanent upper molars (32 teeth) for children 14 to 16 years for chronic middle caries flowable composite material SDR companies Dentsplay.

After the professional cleaning teeth without fluoride toothpaste «Detartrine» and preparation was made to the restoration of dentin enamel-dentin border flowable composite material SDR and restoration of the anatomical shape of the tooth packable composite material enamel color.

The effectiveness of the material was carried out by evaluating the following criteria: the adaptation of the material to the walls of the cavity during filling and marginal integrity.

The results of the study and discussion. During filling cavities 1 class in permanent molars of the upper jaw we noted the good adaptation of the material to the walls of the cavity in the teeth of the upper jaw with a self-leveling effect, low fluidity, ease of introduction into the cavity. A month after sealing as a result of an objective examination determined a good marginal seal seals during the probe along the border of the tooth \ enamel probe glided smoothly without delays, saving recovered when filling the anatomical shape of the tooth, which indirectly indicates a decrease in the polymerization stress and minimal shrinkage of the base material for the replacement dentine.

Conclusion. Based on the results of a clinical study we conducted among children 14 to 16 years who underwent dental filling material flowable composite SDR may be concluded that a satisfactory adaptation of the material to the cavity walls and usability to use. Several follow-up visits will determine long-term outcomes.

Mys V. A., Zapara S. F.

**THE MANIFESTATION OF OSTEOPOROSIS IN THE MOUTH WITH
DIFFERENT SYNDROMES**

Kharkiv National Medical University

*Department of Pediatric Dentistry, pediatric maxillofacial surgery and
implantology*

Ukraine, Kharkiv

According to WHO, the prevalence of osteoporosis is in fourth place after cardio - vascular disease, diabetes and cancer pathology. The modern interpretation suggests widespread systemic skeletal disease characterized by low bone mass per unit volume, and impaired microarchitectonics bone tissue, which leads to increased bone fragility and an increased risk of fractures. The reduction of bone tissue in osteoporosis is due to an imbalance of bone remodeling. This identified two main characteristics of bone metabolism: 1) Osteoporosis with high bone turnover in which a high resorption is not compensated by normal or increased bone formation process; 2) low osteoporosis exchange when the process of resorption is at normal levels, but there is a decrease in bone formation process. In osteoporosis suffers both cortical and trabecular bone. Previously, it was assumed that osteoporosis is a disease typical of the elderly, due to loss of bone mass. However, at present, it is proved that the origins of osteoporosis lie precisely in childhood, when there is an intense increase in bone mass.

In the study described the disease for more than 20 different symptoms of which are major changes in the structure of the skeleton and easily advancing fractures, often a slight increase; blue sclera; progressive deformity of the spine, chest, skull and long bones; conduction type of hearing loss; hyperextension of the joints and deformation; changes in the heart and large vessels, nosebleeds and other. Often there are manifestations of osteoporosis in

the maxillofacial region, such as dysplasia and delayed teething, cleft hard and soft palate, cleft lip, transparent dentin (dentinogenesis imperfecta), periodontal disease. In connection with this dental pays great attention to the problem of osteoporosis, since in practice pediatric dentist found a number of diseases (syndromes), which are characterized by various abnormalities in the bone tissue and, consequently, a dentition of the child on the background of the underlying disease. Our aim in this article is the description of syndromes in which children are observed changes in periodontal tissues osteoporotic bone tissue.

Children with Down syndrome manifest progressive changes in the periodontal tissues that occur in the area of the front teeth and in the area of the first molars. This is due to abnormal capillaries periodontal connective tissue change, disturbance of the activity of polymorphonuclear leukocytes, monocytes and fewer cell lymphocytes. The high prevalence of aggressive forms of periodontal disease occurs at an early age. The syndrome Abta-Letterer-Zive oral manifestations observed ulcerative- necrotizing gingivitis, which is soon replaced by a generalized periodontitis. The syndrome Gaucher, along with general symptoms, periodontal tissue damage observed in the form of proliferative changes in the mucosa of the gums, followed by the formation of periodontal pockets and the development of pathological tooth mobility. Generalized periodontitis in the syndrome of Hand - Shyullera - Christian manifest symptomatically ulcerative - necrotizing gingivitis, education, filled with granulation, periodontal pockets, pathological mobility of teeth and exposed roots, plenty of non-mineralized, at least - mineralized dental plaque. Suppuration of the gingival pockets, as a rule, lacking. The complex hereditary dermatology and dental anomalies syndrome characterized Papiions - Lefevre. Teething deciduous teeth in children with this syndrome, accompanied by the development of inflammation in the mucous membrane of the gums, is not

treatable. Further progression of the process leads to the formation of periodontal pockets with plenty of granulation tissue, purulent discharge, as well as the occurrence of pathological tooth mobility. For children 4-6 years are almost completely lose their primary teeth. Similar changes in periodontal tissues were also observed during the eruption of permanent teeth. Aggressive for generalized periodontitis is the cause of tooth loss in the 14-15 years of age. Severe generalized periodontitis, and tooth mobility with extensive periodontal destruction observed in children with Ehlers-Danlos syndrome. Against the background of generalized osteoporosis in Taratynova syndrome (eosinophilic granuloma) there are manifestations in the oral cavity in the form of ulcerative - necrotizing gingivitis and other clinical signs of generalized periodontitis. Complex genetic dental anomalies at the Flynn-Eyrd- syndrome manifests itself in the form of ulcers, and atrophy of the oral mucosa, dental caries. When Cushing's syndrome - severe generalized periodontitis: marked atrophy of the gums, exposure of the necks of the teeth roots; deep periodontal pockets, tooth mobility. It is only a few syndromes, which are symptoms of periodontal disease to osteoporosis. Further study of these syndromes and other diseases, will enable physicians to practice public health traced the relationship between somatic diseases, changes in the skeletal system and the dental status of the children. For pediatric dentist rather acute problem of choosing the appropriate complex treatment of periodontal disease in idiopathic syndromes on a background of osteoporosis, manifested in the mouth.

Yanishen I. V., Pogorila A.V., Sidorova V. A.

**THE DEPENDENCE OF THE FACTORS THAT DETERMINE THE
QUALITY OF ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS**

Kharkiv national medical university

Prosthetic dentistry department

Ukraine, Kharkiv

Abstract. The aim of the research was to analyze correlative interconnections between organizational and technological factors that may affect the quality of orthopedic constructions.

Methods and research materials. To study the clinical and technological quality of orthopedic constructions of dentures made from domestic materials, carried out under the integrated program, the following types of prostheses were projected for research: 20329 artificial crowns (plastic – 13304 units; combined, according to Bielkin, Borodyuk, Akhmetov – 7025 units), 15621 bridge dentures (plastic – 9789 units; combined – 5832 units), 23538 plate dentures (partial – 11340 units; complete – 12190 units) and 8903 bugel dentures (with the fixing elements in the form of clasps by Ney system – 7100 units and with lock fixation – 1803 units). The total number of analyzed constructions of dentures – 68391 units; the total number of doctors, orthopedists, dentists - 75 persons, dental technicians – 103 persons.

Results and their discussion. In the primary period of clinical exploitation the staff structure of physicians in dental clinics, particularly staff index (F9: COP=0,727) and proportion of orthopedic dentists of the first qualifying category (F2: KC=0,453) are the determinative factors of construction quality, while in the distant period, qualification of dental technicians is the most influential factor: the proportion of dental technicians without qualification category (F8: COP=0,517). To ensure the quality of the crowns in the primary period, the level of personnel provision of health care

institutions by orthopedic specialists – dentists of the second (and higher) qualification categories (F3: $r_{XY}=-0,325$) and dental technicians of the first qualification category is the most significant factor, and in the distant period, the reversionary relation of average strength with the proportion of dental technicians without category (F6: $r_{XY}=-0,402$) was revealed. The qualification category of the orthopedic dentists, in particular F2 ($r_{XY}=-0,918$), F3 ($r_{XY}=+0,665$), F4 ($r_{XY}=+0,435$) influences significantly on clinical exploitation of bridges in the primary period. Somewhat different principles were revealed for removable plate dentures, namely: F2 ($r_{XY}=-0,378$), F4 ($r_{XY}=-0,513$), F6 ($r_{XY}=-0,256$). It should be noted, that the quality of bugel dentures is determined by the qualification of dental technicians F7 ($r_{XY}=-0,400$), F8 ($r_{XY}=+0,482$) more, than by qualification of the orthopedic specialists – dentists F2 ($r_{XY}=-0,509$). Summarizing the data, it can be concluded that the most significant factor of manufacturing quality of denture orthopedic constructions is the structure of the medical staff and its qualification, as it is demonstrated in correlogram of the interconnection index of technological quality (Fig.2). Thus, regardless of stated factors, clinical exploitation of orthopedic constructions is marked by a decline in their quality, which cannot be explained by staff qualification and requires more detailed study from the point of materials science and technology of dental prosthesis manufacturing.

Conclusions.

1.The quality of artificial crowns in the primary period of clinical exploitation depends on the level of orthopedic specialists – dentists of the second (and higher) qualification categories (F3: $r_{XY}=-0,325$), and provision of tooth-technical laboratories by dental technicians of the first qualification category; in long - term period, the reversionary relation of average power with the proportion of dental technicians without categories (F6: $r_{XY}=-0,402$) and the quality of orthopedic construction was revealed.

2. The qualification of orthopedic specialists, particularly F2 ($r_{XY}=-0,918$), F3 ($r_{XY}=+0,665$), F4 ($r_{XY}=+0,435$) significantly influences on the primary clinical exploitation of the bridges.

3. Both in primary and distant periods of clinical exploitation, the quality of plate dentures depends on the qualification of medical personnel, denture construction and technical equipment of dental laboratory: F2 ($r_{XY}=-0,378$), F4 ($r_{XY}=-0,513$), F6 ($r_{XY}=-0,256$).

4. The quality of bugel dentures is determined by the qualification of dental technicians F7 ($r_{XY}=-0,400$), F8 ($r_{XY}=+0,482$) more, than by qualification of orthopedic dentists F2 ($r_{XY}=-0,509$).

The prospects of further researches of interrelations between the quality of orthopedic constructions in the primary and distant periods of their clinical exploitation are associated with the evaluation of influence of dental materials properties and clinical and technical factors of treatment.

Yaroslavska Yu.Yu.

EARLY DIAGNOSIS OF TMJ DISORDERS IN CHILDHOOD

Kharkiv National Medical University,

Department of pediatric dentistry

Children's Maxillofacial Surgery and Implantology

Ukraine, Kharkiv

Etiologic and pathogenic aspects cause the most contentious issue in the study of TMJ syndrome in childhood and adolescence. Some researchers have linked the emergence of this group of diseases with abnormal occlusion, others have more emphasis on the age characteristics of a growing organism, or rather on a number of morphological and psychomotor processes arising and ending at puberty and cause physiological abnormalities in the growing organism. In addition, some authors attribute the presence of TMJ syndrome with endocrine disorders, occurring in adolescence, particularly with the increase of the free fraction of androgens and free index testosterone, as well as with vitamin deficiencies, especially B vitamins, which leads to the appearance of doldrums, pain in the muscles, general weakness.

The **aim of the study** was to improve the methods of early diagnosis of TMJ syndrome in childhood and adolescence by researching the factors of its development.

Materials and methods. We have examined by clinical and radiological methods 33 patients with TMJ syndrome disorder between the ages of 10 to 18 years, 20 of them (60.6%) girls and 13 (39.4%) boys. All examined patients complained of the presence of clicks in the joint when they open mouth widely, irregular movement of the lower jaw when opening the mouth, the periodic occurrence of unilateral pain in the joint and the ear, increasing when taking rigid and solid food, which allowed us to establish the diagnosis of the TMJ syndrome.

A clinical study has focused on the survey of patients, and in some cases their parents, in order to study carefully the history of life and disease, and the patient's complaints. We have found out the factors predisposing to the disease: the presence of various bad habits, family history, trauma of the lower jaw and TMJ, errors in orthodontic treatment.

The data obtained showed that 16 (48.5%) patients had a history revealed various factors that contribute to the TMJ syndrome. The presence of various bad habits was about 38%. In addition, 13 (39.4%) patients reported the presence of emotional stress.

The presence of orthodontic pathology was determined in 26 (78.8%) patients, 7 (21.2%) patients had no dentofacial disorders was not determined.

During the study of TMJ, it was noted volume of movement of the mandible, the nature of the tour heads of the mandible, the presence of the clicking, pain in the joints crunching, asynchronous of movement of the mandible, and the nature of head movement. Palpation of the masticatory muscles was performed to identify the trigger points.

The most common symptom, occurring in 27 (81.8%) patients was clicking in the joint with one or two sides, as well as excessive excursion of articular heads, occurring in 17 (51.5%) patients. A distinctive feature of TMJ syndrome manifestations in children and adolescents is relatively rare, in contrast to adults, the appearance of symptoms. For example, pain when opening the mouth wide celebrated only 7 (21.2%) patients; pain in the joints - 8 (24.2%) patients; pain in the masticatory muscles - 6 (18.2%) patients.

The data obtained in this study suggest that there are several major etiological factors that may equally contribute to TMJ syndrome in childhood and adolescence. According to our observations, these factors are the pathological changes in the dentition, growth imbalances of the musculoskeletal system in puberty, bad habits (chewing on one side, the

constant chewing gum, wide mouth opening with biting food, yawning, etc..) frequent psycho-emotional and physical stress. Accordingly, treatment of patients with this pathology should be comprehensive and include not only the treatment of dental system, but also it must be directed to the balanced development of the musculoskeletal system in children and to eliminate bad habits and factors of chronic stress.

Further research is promising diagnostic methods TMJ syndrome in childhood and adolescence in order to develop specific treatments for this syndrome, as well as its prevention.

Zhdanova N.O.

**ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF DRUGS FOR
TEMPORARY OBTURATION IN THE TREATMENT OF
CHRONIC APICAL PERIODONTITIS BASED ON PERIAPICAL
STATUS**

Kharkiv National Medical University

Department of therapeutic dentistry

Ukraine, Kharkiv

Topicality: destructive forms of chronic apical periodontitis are chronic sources of infection leading to the development and maintenance of somatic diseases of the body. In periodontal tissues arise reactive inflammatory and degenerative changes that occur as edema, infiltration of polymorphonuclear leukocytes of bone marrow leading to the lacunar resorption of alveoli cortical bone. Infection localized in the dentinal tubules is the main cause of periodontitis. The growth of anaerobic flora with a predominance of Gr - bacteria in root canals is very intense. Associative flora produces enzymes and endotoxins that stop the processes of chemotaxis, phagocytosis in periodontal and inhibit the activity of antibacterial drugs. Due to this fact, in some cases, the treatment of periodontitis and is accompanied soft tissue swelling and pain even after intracanal treatment. However, the main conditions of treatment of the pathological process are hemomechanical sanitation and treatment of tooth root canals with the following dense obturation. Even the most careful pharmacological treatment of root canal does not guarantee it's reinfection. Therefore, in addition to conventional processing techniques of the root canal is necessary to carry out a temporary root obturation to sustained antiseptic action on the system of root canals. The assessment of periapical status, determining the incidence and prevalence of AP in different populations, is important because it may help to define treatment needs and to

relate treatment outcome to various technical and clinical factors of endodontic intervention. In the evaluation of the apical periodontium, bone density changes present in radiographs are the most consistent feature of the presence, progression or resolution of periapical inflammation.

Aim: to study effectiveness of drugs for temporary obturation in the treatment of chronic apical periodontitis based on radiological assessment of periapical status.

Materials and methods: the research included patients who approached the dentistry clinic, and who have been diagnosed with chronic destructive periodontitis. Patients were divided into 3 groups of 10 people each. After the instrumental and antiseptic treatment of root canals patients of the first group were treated by deferred stopping of temporary obturation material based on calcium hydroxide. Patients of the second group temporarily sealing was performed on the basis of iodoform paste. Patients in the control group endodontic treatment was conducted in one visit without the use of temporary obturation. All teeth were recorded according to the federation dentaire internationale nomenclature. The periapical status was assessed using the periapical index score (PAI). Each of the roots was categorized as: (1) Normal periapical structure; (2) small changes in bone structure; (3) changes in bone structure with some mineral loss; (4) periodontitis with well-defined radiolucent area; and (5) severe periodontitis with exacerbating features. Each category used in the PAI represents a step on an ordinal scale of registration of periapical infection. The worst score of all roots was taken to represent the PAI score for multirouted teeth. The assessment was conducted before treatment, and after the 9th month of treatment.

Results: it was found that the use of prolonged antiseptic effect of calcium hydroxide drug in the root canal system has led to improved long-term results of treatment of destructive forms of chronic periodontitis, and the

first was accompanied by a pronounced decline PAI ($p < 0.01$), decrease on 65%. Individual analysis of the dynamics of the index PAI showed that when using calcium hydroxide revealed no increase in the index, and reducing its value was missing only in 10% of cases. Results of 2nd group show decrease of index on 45%, reducing its value was missing in 15% of cases. In the 3rd group (treatment in one visit) reduction of index PAI absent in 25% of cases, and in 5% of cases, even noted its increase.

Conclusions: the use of delayed treatment of chronic destructive periodontitis forms with prolonged antiseptic action of calcium hydroxide on tooth root canal system leads to a high therapeutic effect, improves the clinical efficacy of endodontic treatment by eliminating the development of chronic inflammation in the periapical tissues, that was shown by radiographic assessment. However, the formation of radiographically visible periapical bone structure in the near term is not always accompanied by a full recovery in periapical region. This indicates an need of follow-up supervision of patients with destructive forms of chronic periodontitis.

ЗМІСТ:

Абрикосова А. С., Емельянова Н.Ю.....	3
Бараник А.В., Емельянова Н.Ю.....	7
Березнякова А.І.....	11
Березнякова А.І.....	13
Василенко В.М., Рузин Г.П.....	15
Волкова О.С., Рябоконт Є.М., Донцова Д.О., Доля Е.І.....	17
Волченко Н.В., Соколова И.И., Назарян Р.С.....	19
Волченко Н.В., Соколова И.И., Назарян Р.С.....	21
Герман С.А.....	23
Гречко Н.Б.....	27
Слісєєва О.В., Соколова І.І.....	31
Искоростенская О.В., Кривенко Л. С., Ткаченко М.В.....	34
Искоростенская О.В., Ткаченко М.В., Ткаченко И. Г.....	37
Искоростенская О. В., Ткаченко М. В., Заверуха Я.И.....	40
Кавушевська Н.С., Тюпка Т.І.....	43
Карнаух Е. В.....	46
Каськова Л.Ф., Хміль О.В., Глущенко Ю.В.....	48
Кузина В.В., Хмыз Т.Г., Амир Содха.....	51
Мельник В. С., Горзов Л.Ф., Сабов А. В.....	54
Мохаммед Махди Салих, Голик Н.В., Фоменко Ю.В.....	57
Назарян Р.С., Огурцов А.С., Прасол А.С.....	60
Назарян Р.С., Щєблыкина Н.А., Колесова Т.А.....	62
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Назарян Р.С., Щєблыкина Н.А., Колесова Т.А.,	66
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Назарян Р.С., Щєблыкина Н.А., Колесова Т.А.,	68
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Никонов А. Ю., Омельченко О. А., Сергиенко М. А.....	72
Рак А. В., Яковлева Д. Ю.....	75
Рябоконт Є.Н., Стеблянок Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е....	78
Рябоконт Є.М., Андрєєва О.В., Крючко А.І.,	82

Мірошниченко М.О.	
Рябоконт Е.Н., Андреева Е.В., Крючко А.И.,	86
Мірошниченко Н.А.	
Рябоконт Є.М., Костюк Н. Г.....	90
Слинько Ю.О.....	92
Слинько Ю.О., Волченко Н.В.....	94
Соколова И.И., Ярошенко Е.Г.....	97
Спирідонова К.Ю.....	100
Ткаченко Ю.В., Якименко Е.С.....	102
Томилина А.В., Томилин В.Г.....	108
Шевчук В.А., Одушкіна Н.В., Шевцов А.А.....	110
Шевчук В.А., Одушкіна Н.В., Шевцов А.А.....	113
Шевчук В.А., Одушкіна Н.В.....	116
Янішен І.В. Запара П.С.....	118
Янко Н.В., Каськова Л.Ф., Якобенчук С.А.....	122
Ярославська Ю.Ю.....	124
Berezhna O.O.....	126
Diudina I.L., Sobolevskaja O.....	128
Komarov A.K., Komarov D.A.....	130
Komarov A.K., Komarov D.A.....	132
Krichka N.V., Yanishen I.V.....	134
Kuzina V.V., Zeinab Hammoud.....	137
Maslovskiy O., Kulish S., Kulish R.....	139
Mikulinskaya- Rudich Y. N., Mys V. A.....	141
Mikulinskaya- Rudich Y. N., Seregina I. S.....	144
Mys V. A., Zapara S. F.....	146
Yanishen I. V., Pogorila A.V., Sidorova V. A.....	149
Yaroslavskaya Yu.Yu.....	152
Zhdanova N.O.	155
Зміст.....	158

Наукове видання

СЯЙВО ПОСМІШКИ

Збірник наукових праць
науково-практичної стоматологічної конференції
у рамках конкурсу

За редакцією проф. Володимира Миколайовича Лісового
Відповідальний за випуск проф. Валерій Васильович М'ясоєдов
Ред.кол.: проф. Розана Степанівна Назарян,
Наталія Володимирівна Волченко,
Олексій Сергійович Огурцов

Мова – українська, російська, англійська.
Тираж – 100 екз.

Підписано до друку 16.11.2015. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Ум. друк. арк. 6,67. Обл.-вид. арк. 9,6.
Наклад 70 пр. Зам. №16/112015

Друк ФЛП Томенко Ю.І.
м. Харків, пл. Руднева, 4
057 757-93-82